федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СТОМАТОЛОГИЯ» ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИТЕТА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.05.01. МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки специалитета по специальности 32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

 протокол № 11 от «22» июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме \_зачета\_.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| УК-1. Способен осуществлять критический анализпроблемных ситуаций на основе системного подхода,вырабатывать стратегию действий | Инд.УК.1.1 осуществление критического анализапроблемных ситуаций на основе системного подхода |
| Инд.УК.1.2 Вырабатывать стратегию действий на разрешение проблемной ситуации |
| УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах егожизненного цикла | Инд.УК.2.1 реализация проектной деятельности в профессиональной сфере |
| Инд.УК.2.2 управление проектом на всех этапах егожизненного цикла |
| УК-4. Способен применять современные коммуникативныетехнологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), дляакадемического и профессионального взаимодействия | Инд.УК.4.1 осуществление профессиональной деятельности на основе современных коммуникативныхтехнологий, в том числе на иностранном(ых) языке(ах) |
| Инд.УК.4.2 осуществлять профессиональное взаимодействие на основе современных коммуникативныхтехнологиях, в том числе на иностранном(ых) языке(ах) |
| ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные,физиологические состояния и патологические процессы ворганизме человека для решения профессиональных задач | Инд.ОПК.5.1 оценивать морфофункциональные,физиологические состояния и патологические процессы ворганизме человека |
| Инд.ОПК.5.2 решать профессиональные задачи на основе данных, полученных из оценки морфофункциональных,физиологических состояний и патологических процессов ворганизме человека |
| ОПК-6. Способен организовать уход за больными иоказать первую врачебную медико-санитарную помощьпри неотложных состояниях на догоспитальном этапе, вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения, а также обеспечить организациюработы и принятие профессиональных решений вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения | Инд.ОПК.6.1 организует уход за больными и оказывает первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения |
| Инд.ОПК.6.2 обеспечивает организацию работы и принятие профессиональных решений вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения |
| ОПК-9. Способен проводить донозологическуюдиагностику заболеваний для разработкипрофилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний | Инд.ОПК.9.1 проводит донозологическуюдиагностику заболеваний |
| Инд.ОПК.9.2 разрабатывает профилактические мероприятия с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний на основе данных, полученных в результате донозологической диагностики заболеваний |

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

Курсовая работа на тему из перечня тем, охватывающих всё содержание дисциплины, защита курсовой работы

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

Письменный опрос

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

Тестирование

Устный опрос

Письменный опрос

Решение проблемно-ситуационных задач

Проверка практических навыков

**Тематика курсовых работ по дисциплине «Стоматология» для студентов 3 курса медико-профилактического факультета**

1. Стоматология как наука. Этапы развития стоматологии в России.
2. Структура и организация стоматологической помощи в России.
3. Основные требования, предъявляемые к работе стоматологического кабинета. Средства индивидуальной защиты врача-стоматолога.
4. Методы обследования стоматологического пациента.
5. Профилактика внутрибольничных инфекций и профессиональных заражений персонала учреждений стоматологического профиля.
6. Профилактика внутрибольничных инфекций в отделениях лечебно- профилактических учреждений стоматологического профиля.
7. Методика обследования стоматологического больного. Стоматологический инструментарий.
8. Основные показатели, используемые для оценки заболеваемости кариесом зубов (распространенность, интенсивность, прирост интенсивности, заболеваемость, редукция прироста кариеса).
9. Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний среди населения России.
10. Гигиена полости рта, ее роль в профилактике стоматологических заболеваний.
11. Современные средства индивидуальной профилактики кариеса зубов. Особенности проведения профилактики в зависимости от возраста и общесоматического статуса.
12. Патогенетические механизмы кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.
13. Оказание неотложной помощи при травматических повреждениях мягких тканей и костей лицевого скелета в условиях чрезвычайных ситуаций.
14. Организация труда и лечебной работы в хирургическом отделении стоматологической поликлиники.
15. Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля.
16. Охрана труда и личная гигиена персонала хирургического стоматологического стационара.
17. Современные аспекты асептики и антисептики в отделении челюстно-лицевой хирургии.
18. Эпидемиологические методы обследования для планирования и внедрения программ профилактики стоматологических заболеваний.
19. Питание и стоматологическое здоровье.
20. Эпидемиология стоматологических заболеваний. Принципы эпидемиологии. Эпидемиологическое обследование.
21. Микробиология кариеса зубов.
22. Фторид и флюороз.
23. Роль фтора в профилактике кариеса зубов. Фторирование воды, соли и молока.
24. Профилактика заболеваний слизистой оболочки полости рта.
25. Заболевание пародонта. Роль санитарно-гигиенического воспитания в профилактике заболеваний пародонта.
26. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний.
27. Санитарно-гигиеническое воспитание населения.
28. Принципы планирования, внедрения и оценки эффективности программ профилактики стоматологических заболеваний.
29. Особенности проведения профилактических мероприятий у беременных, детей, подростков, взрослых.
30. Оказание неотложной помощи при кровотечениях, асфиксии, шоке при травматических повреждениях челюстно-лицевой области.

**Модуль 1 Основы стоматологии**

**Тема 1**Структура стоматологической помощи в России. Виды стоматологической помощи. Основные требования, предъявляемые к работе стоматологического кабинета. Санитарно-эпидемиологический режим в стоматологических учреждениях. Средства индивидуальной защиты врача-стоматолога. Методы обследования стоматологических больных. Инструменты для осмотра полости рта. Осмотр полости рта.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Тесты к практическому занятию № 1**

1. Определите правильный режим стерилизации инструментария в суховоздушной камере (шкафу). При температуре:

1) 100С в течение 90 минут 2) 150С 80 минут 3) 180С 60 минут

4) 250С 60 минут 5) 300С 45 минут

2. Предельная продолжительность рабочего дня операционного блока, при которой может быть обеспечено поддержание допустимого уровня бактериальной загрязненности воздуха:

1) 2 часа 2) 4 часа 3) 6 часов 4) 8 часов 5) 10 часов

3. Определите степень оптимальной эффективности действия на патогенную микрофлору ультрафиолетовых лучей при обработке хирургических блоков:

1) 10% 2) 30% 3) 50% 4) 70% 5) 90%

4. Выберите оптимальную концентрацию раствора хлоргексидина для обработки слизистой оболочки полости рта при удалении зуба:

1) 2% 2) 1% 3) 0,5% 4) 0,2% 5) 0,06%

5. Выберите оптимальную концентрацию спиртового раствора хлоргексидинадля обработки рук хирурга:

1) 2% 2) 1% 3) 0,5% 4) 0,2% 5) 0,06%

6. Какая инфекция передается воздушным путем от пациента врачу:

1) СПИД 2) туберкулез 3) сифилис 4) гепатит 5) актиномикоз

7. Определите минимально-необходимую норму площади для одного рабочего места хирурга-стоматолога:

1) 10 м2 2) 15 м2 3) 18 м2 4) 23 м2 5) не менее 25 м2

8. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы:

1) диплом об окончании высшего или среднего медицинского(фармацевтического) заведения

2) сертификат 3) лицензия 4) свидетельство об окончании курсов

9. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам:

1) 5 лет 2) 3 года 3) 7 лет 4) 10 лет 5) 1 год

10. Определите оптимальный режим стерилизации стоматологических инструментов в сухожаровом шкафу:

1) 100С в течение 45 минут 2) 120С в течение 50 минут

3) 140С в течение 55 минут 4) 150С в течение 60 минут

5) 180С в течение 60 минут

11. Основным недостатком автоклавирования инструментов является:

1) не уничтожает споры 2) недостаточная очистка инструментов

3) повреждение инструментов, особенно режущих

4) затрата времени

12. Сделайте правильный выбор метода контроля за результатом стерилизации инструментов в сухожаровом шкафу:

1) по определению уровня температуры 2) по определению времени обработки

3) по определению уровня температуры и времени стерилизации

4) термоиндикатором 5) по результатам возникающих осложнений

13. Обследование пациента начинают с применения методов:

1) рентгенологических 2) лабораторных 3) термометрических

4) основных 5) цитологических

14. К основным методам обследования относится:

1) опрос, рентгенография 2) опрос, осмотр 3) осмотр, ЭОД

4) ЭОД, рентгенография 5) перкуссия, ЭОД

15. Опрос пациента начинается с выяснения:

1) истории жизни 2) анамнеза заболевания 3) перенесенных заболеваний

4) жалоб 5) аллергоанамнеза

16. Осмотр пациента начинают с:

1) заполнения зубной формулы 2) определения прикуса 3) внешнего осмотра

4) осмотра зубных рядов 5) перкуссии зубов

17. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии 2) зондирования 3) пальпации

4) рентгенографии 5) аускультации

18. При обследовании лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад 2) отклонена влево 3) отклонена вправо

4) отклонена вперед 5) отклонена назад и влево

19. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала 2) углового зонда 3) пинцета 4) экскаватора 5) шпателя

20. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1) тургор кожи, цвет глаз 2) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи

3) форму носа, цвет глаз 4) пигментные пятна, цвет волос

5) целостность зубного ряда

**Вопросы для устного опроса:**

1. Стоматология как наука. Этапы развития стоматологии в России. Номенклатура стоматологических специальностей.
2. Структура и организация стоматологической помощи в России в условиях рыночных отношений.
3. Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля.
4. Средства индивидуальной защиты врача-стоматолога. Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатита.
5. Методы обследования стоматологического больного.
6. Инструменты, используемые для осмотра стоматологического больного.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Собрать набор инструментов для осмотра полости рта
2. Провести осмотр челюстно-лицевой области
3. Хирургический способ обработки рук врача

**Тема 2**Методы профилактики основных стоматологических заболеваний. Предметы и средства гигиены полости рта. Методика гигиенического обучения детей и взрослых. Понятие о профессиональной гигиене полости рта. Участие служб Госсанэпиднадзора в организации санитарно-гигиенического воспитания детей и подростков по профилактике стоматологических заболеваний.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

 **Тесты к практическому занятию № 2**

1. Родители должны начинать чистить детям зубы в возрасте:

1) 1 года 2) 2 лет 3) 3 лет 4) 6 лет

5) Сразу после прорезывания первого временного зуба

2. Детям в возрасте до 3 лет рекомендуется использовать для чистки зубов зубную щетку:

1) очень мягкую 2) мягкую 3) средней жесткости

4) жесткую 5) очень жесткую

3. За ежедневную чистку зубов у ребенка дошкольного возраста ответственны:

1) родители 2) стоматолог 3) гигиенист 4) педиатр

5) воспитатель детского сада

4. Степень жесткости щетины зубной щетки обычно указывается на:

1) упаковке 2) ручке 3) рабочей части 4) в инструкции производителя

5) обычно не указывается

5. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз в:

1) неделю 2) месяц 3) 2 месяца 4) 6 месяцев 5)12 месяцев

6. Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:

1) очень мягкую 2) мягкую 3) средней жесткости 4) жесткую

5) очень жесткую

7. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:

1) стакане рабочей частью вверх 2) стакане рабочей частью вниз

3) футляре 4) пластиковой упаковке 5) дезинфицирующем растворе

8. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно:

1) время, требуемое для чистки всех зубов

2) метод по которому происходит движение от зуба к зубу

3) способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов.

4) средства гигиены полости рта, которые использует пациент

5) уровень информированности пациента о правилах ухода за полостью рта

9.Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):

1) 1 2) 2 3) 3 4) 5 5) 10

10. Детям 2-х лет для чистки зубов рекомендуется использовать:

1) зубную щетку без пасты 2) зубной порошок

3) гигиенические зубные пасты на меловой основе

4) детские зубные пасты на гелевой основе

5) фторидсодержащие зубные пасты

11. Обязательными компонентами всех зубных паст являются:

1) соединения фтора 2) экстракты лекарственных растений

3) абразивные вещества 4) витамины 5) солевые добавки

12.Фторндсодержащие зубные насты рекомендуется использовать детям с возраста (лет):

1) 1-1,5 2) 3-4 3) 5-6 4) 10-12 5) 16-18

13. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

1) фторидов 2) пирофосфатов 3) экстрактов лекарственных растений

4) хлоргексидина 5) карбамида

14. Гигиеническне зубные пасты преимущественно обладают действием:

1) противокариозным 2) отбеливающим 3) очищающим

4) противоотечным 5) антисептическим

15. Зубные пасты с солевыми добавками относятся к группе:

1) противокариозных 2) противовоспалительных

3) препятствующих образованию зубного камня 4) отбеливающих

5) снижающих чувствительность твердых тканей зубов

16.Обязательными компонентами всех зубных наст являются:

1) соединения фтора 2) экстракты лекарственных растений

3) пенообразующие вещества 4) витамины 5) антисептики

17. Зубные пасты с высоким показателем абразивности предназначены для использования:

1) детьми дошкольного возраста 2) основной массой населения

3) пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов

4) пациентами с заболеваниями пародонта 5) лицами, злоупотребляющими курением

18. Зубную пасту рекомендуется использовать для ухода за полостью рта детей, начиная с возраста:

1) 6 месяцев 2) 1 года 3) 2 лет 4) 4 лет 5) 6 лет

19.Зубные пасты с высоким показателем абразивности следует применять:

1) каждый день утром и вечером 2) каждый день утром

3) 1-2 раза в неделю 4) 2-3 раза в месяц 5) 1 раз в полгода

20.Противопоказанием к использованию фторидсодержащих зубных наст яв­ляется:

1) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

2) наличие у пациента большого количества пломб

3) высокое содержание фторида в питьевой воде

4) кровоточивость десен 5) системная гипоплазия эмали

21. Жевательную резнику рекомендуется использовать:

1) перед чисткой зубов 2) после чистки зубов

3) после приема пищи 4) перед сном 5) в любое время

22. Использование флоссов рекомендуется для удаления зубного налета с по­верхностей зубов:

1) вестибулярных 2) окклюзионных 3) апроксимальных 4) оральных

5) со всех поверхностей

23. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:

1) зубного налета с гладких поверхностей зубов

2) зубного напета с контактных поверхностей зубов

3) остатков пищи из межзубных промежутков

4) зубного камня 5) налета курильщика

24. Использование жевательной резинки после еды преимущественно способ­ствует:

1) увеличению скорости и количества слюновыделения

2) удалению зубного налета с контактных поверхностей зубов

3) снижению повышенной чувствительности эмали зубов

4) увеличению скорости образования зубного налета

5) уменьшению воспаления в тканях десны

25. Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать:

1) мануальную зубную щетку 2) электрическую зубную щетку

3) суперфлоссы 4) зубочистки 5) жевательную резинку

26. Большинство ополаскивателей для полости рта рекомендуется применять:

1) до чистки зубов 2) после чистки зубов 3) вместо чистки зубов

4) перед сном 5) не имеет значения

27. Индивидуальная гигиена полости рта осуществляется:

1) пациентом 2) гигиенистом стоматологическим

3) ассистентом врача-стоматолога 4) медицинской сестрой

5) врачом-стоматологом

28. Профессиональную гигиену необходимо проводить не менее чем:

1) 1 раз в неделю 2) 1 раз в месяц 3) 1 раз в месяцев 4) 1 раз в год

5) 1 раз в 2 года

29. Определение гигиенического состояния полости рта, обучение пациента правильной методике чистки зубов и самостоятельная чистка зубов паци­ентом под контролем врача подразумевает понятие:

1) индивидуальной гигиены полости рта 2) профессиональной гигиены полости рта 3) профессиональной чистки зубов 4) контролируемой чистки зубов

5) стоматологического просвещения

30. Контролируемая чистка зубов, профессиональное удаление зубных отло­жений, устранение факторов, способствующих накоплению зубных отло­жений, обучение правилам ухода за полостью рта и индивидуальный под­бор средств гигиены подразумевает понятие:

1) индивидуальной гигиены полости рта

2) профессиональной гигиены полости рта

3) профессиональной чистки зубов

4) профилактики стоматологических заболеваний

5) стоматологического просвещения

**Вопросы для устного опроса:**

1. Роль санитарного просвещения в укреплении стоматологического здоровья.
2. Методы профилактики основных стоматологических заболеваний.
3. Гигиена полости рта, ее роль в профилактике стоматологических заболеваний.
4. Методика гигиенического обучения детей и взрослых.
5. Понятие о профессиональной гигиене полости рта.
6. Участие служб Госсанэпиднадзора в организации санитарно-гигиенического воспитания детей и подростков по профилактике стоматологических заболеваний.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Проведите беседу с пациентом о роли гигиены полости рта

**Тема 3**Болезни зубов. Кариес и его осложнения. Написание зубной формулы. Индексы, используемые при изучении заболеваемости кариесом зубов (распространенность, интенсивность кариеса) Оценка показателей распространенности и интенсивности кариеса зубов у взрослых и детей Российской Федерации. Современные средства индивидуальной профилактики кариеса зубов. Роль фтора в профилактике кариеса зубов. Фторирование воды, соли и молока.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

1.В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам:

1) актиномицетам 2) вирусам 3) стрептококкам 4) стафилококкам

5) вейлонеллам

2.При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта реакция слюны смещается в сторону:

1) кислую 2) щелочную 3) нейтральную 4) не изменяется

5) вариабельно

3.В возникновении кариеса важную роль играет свойство микроорганизмов:

1) устойчивость к антибиотикам 2) образование органических кислот

3) способность вызывать дисбактериоз 4) способность к колонизации на поверхности зуба 5) выделение экзотоксинов

4.Значение pH зубного налета, оцениваемое как критическое, составляет:

1) 3,5-4,0 2) 5,5-5,7 3) 6,5-7,0 4) 7,0-7,5 5) 9,5- 10,0

5.Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

1) покрытие зубов фторлаком

2) фторирование питьевой воды

3) фторирование молока

4) прием таблеток фторида натрия

5) фторирование соли

6. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

1) покрытие зубов фторлаком

2) прием таблеток фторида натрия

3) полоскания фторидсодержащими растворами

4) аппликации фторидсодержащими растворами

5) использование фторидсодержащих зубных паст

7. Основной источник поступления фторида в организм человека - это:

1) пищевые продукты 2) питьевая вода 3) воздух 4) лекарства

5) витамины

8. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с холод­ным климатом составляет (мг/л):

1) 0,8 2) 1.2

9. Показанием к применению системных методов фторидпрофилактики ка­риеса является содержание фторида в питьевой воде:

1) оптимальное

2) менее половины оптимального

3) субоптимальное

4) больше оптимального

5) не имеет значения

10. Показанием к назначению системных методов фторидпрофилактики ка­риеса является уровень интенсивности кариеса у 12-летиих детей:

1) очень низкий, низкий

2) низкий, средний

3) низкий, средний, высокий

4) средний, высокий, очень высокий

5) очень низкий, средний, очень высокий

11.Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилак­тики кариеса зубов:

1) невозможно

2) возможно, если содержание фторида в питьевой воде составляет менее по­ловины оптимальной дозы

3) возможно, если содержание фторида в питьевой воде субоптимальное

4) возможно, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное

5) возможно, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

12.Применение таблеток фторида натрия для профилактики кариеса посто­янных зубов наиболее эффективно с возраста (лет):

1) 2 2) 5 3) 6 4) 10 5) 12

13. Таблетки фторида натрия детям рекомендуют применять:

1) каждый день 2) через день 3) 1 раз в неделю

4)1 раз в месяц 5)1 раз в полгод

14. Содержание фторида натрии (мг) в 1 л фторированного молока составляет:

1) 0.5 2) 1.0 3) 1.5 4) 2.5 5) 5.0

15.С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях (%):

1) 0,01; 0,02 2) 0,02; 0,05; 0,1 3) 0,05; 0,1; 0,2 4) 0,5; 1,0; 1.5 5) 1; 2; 3

16.0,05% раствор фторида натрия применяют для полосканий 1 раз в:

1) день 2) неделю 3) 2 недели 4) полгода 5) год

17. Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят:

1) ежедневно 2) 1 раз в неделю 3) 1 раз в 2 недели 4)1 раз в полгода

5) 1раз в год

18. Полоскания фторидсодержащими растворами с целью профилактики ка­риеса рекомендуют проводить с возраста (лет):

1) 3 2) 6 3) 10 4) 12 5) 15

19. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрии проводят:

1) ежедневно 2)1раз в неделю 3)1 раз в 2 недели 4)1 раз б полгода

5)1 раз в год

20.При заглатывании раствора фторида натрия во время процедуры полос­кания следует выпить 1 столовую ложку раствора:

1) перекиси водорода 3% 2) глюконата кальция 10%

3) хлоргексидина 0,06% 4) сульфата магния 10% 5) глюкозы 40%

21. 1% и 2% растворы фторида натрия с целью профилактики кариеса пред­почтительно применять в виде:

1) полосканий 2) аппликаций 3) для приема внутрь 4) электрофореза

5) ротовых ванночек

22. Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эф­фективно в возрастной период:

1) с 2 до 12 лет 2) с 3 до 15 лет 3) с 4 до 10 лет 4) с 6 до 12 лет

5) с 12 до 18 лет

23.Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержа­нием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:

1) нельзя 2) можно у детей до 12 лет

3) можно в сочетании с системными средствами

4) можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента

5) можно при высокой интенсивности кариеса у пациента

24.В районе, где содержание фторида в питьевой воде составляет менее поло­вины оптимальной дозы, наиболее эффективным методом фторидпрофи­лактики кариеса зубов у детей будет применение:

1) таблеток фторида натрия 2) фторидсодержащих растворов для полосканий

3) фторидсодержащих зубных паст 4) фторлака или фторгеля

5) 3% раствора «Ремодент»

25. В районе, где содержание фторида в питьевой воде субоптимальное, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:

1) прием таблеток фторида натрия

2) употребление фторированного молока

3) употребление фторированной соли

4) чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами

5) фторирование питьевой воды в школах

26. При применении локальных фторирующих установок в школах концен­трация фторида в воде составляет (мг/л):

1) 0.5-1 2) 3-3 3) 4-5 4) 8-10 5) 12-15

27.Причины возникновения кариеса:

1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали

2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали

3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жира

4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора

5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

28. Местные факторы, оказывающие влияния на возникновение кариеса:

1) климатические условия

2) изменения количества и качества ротовой жидкости

3) диета и питьевая вода

4) белковые пищевые остатки в полости рта

5) наследственные и стоматологические заболевания

29.Вторичный кариес-это:

1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе

3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином.

4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина.

5) кариозный процесс в постоянных зубах.

30.Рецидив кариеса- это:

1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе

3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином.

4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина.

5) кариозный процесс в постоянных зубах.

31. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:

1) стафилококки 2) стрептококки 3) вейлонеллы 4) лактобактерии

5) простейшие

32.Расширение периодонтальной шели в области верхушки корня (рентгено­логическая картина) характерно для:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) острого периодонтита

5) среднего кариеса

33.Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области вер­хушки корня соответствует рентгенологической картине:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) острого периодонтита

5) хронического гангренозного пульпита

34. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) кистогранулемы

5) хронического гангренозного пульпита

35. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:

1) ЭОД 2) реопародонтография 3) рентгенография 4) реоплетизмография

5) температурная проба

36. Свищевой ход является симптомом обострения:

1) фиброзного хронического периодонтита

2) гранулирующего хронического периодонтита

3) гранулематозного хронического периодонтита

4) кистогранулемы 5) радикулярной кисты

37. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:

1) канал запломбирован не полностью

2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом

3) канал запломбирован полностью

4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного мате­риала за верхушку корня

38. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):

1) 2-6 2) 10-12 3) 15-25 4) 30-60 5) выше 100

39. Приступы самопроизвольной боли выступают при:

1) среднем кариесе 2) остром пульпите 3) хроническом пульпите

4) остром периодонтите 5) глубоком кариесе

40. В этиологии пульпита основную роль играют:

1) фузобактерии 2) спирахеты

3) гемолитические и негемолитические стрептококки

4) лактобактерии 5) простейшие

**Вопросы для устного опроса:**

1. Патогенетические механизмы кариеса зубов. Микробиология кариеса.
2. Индексы, используемые при изучении заболеваемости кариесом зубов (распространенность, интенсивность кариеса). Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди населения Российской Федерации.
3. Современные средства индивидуальной профилактики кариеса зубов.
4. Роль фтора в профилактике кариеса зубов.
5. Фторирование воды. История. Принципы. Методика.
6. Фторирование соли. Обоснование целесообразности внедрения фторированной соли. Методы и реагенты для добавления фторида в соль.
7. Фторирование молока. Особенности фторированного молока. Эффективность фторирования молока для профилактики кариеса зубов.
8. Фторид и флюороз.
9. Понятия об осложнениях кариеса. Пульпит, периодонтит. Этиология, патогенез.
10. Зубная формула пациента. Написание, оценка.
11. Влияние хронических одонтогенных очагов воспаления на состояние организма человека

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задача 1.** Больной, 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад. Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
2. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 2.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Назовите дополнительные методы обследования.
2. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 3.** Больной, 30 лет, обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет. Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

1. Назовите дополнительные методы обследования.
2. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 4.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 5.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы. Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
2. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 6.** В клинику терапевтической стоматологии обратился больной, 23 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
2. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 7.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
2. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Задание к письменным контрольным работам:**

1. Основные методы обследования стоматологического больного
2. Дополнительные методы обследования стоматологического больного
3. Методы профилактики основных стоматологических заболеваний
4. Роль гигиены полости рта в профилактике стоматологических заболеваний
5. Индексы, используемые при изучении заболеваемости кариесом зубов (распространенность, интенсивность кариеса).
6. Влияние хронических одонтогенных очагов воспаления на состояние организма человека

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Проведите осмотр пациента, напишите его зубную формулу
2. Дайте пациенту рекомендации по профилактике кариеса зубов

**Модуль2 Основы челюстно-лицевой хирургии**

 **Тема 4**Понятия об основных одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области: периостит, остеомиелит, лимфаденит, абсцесс, флегмона. Классификация. Этиология, патогенез воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, их осложнения. Профилактика.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Тесты к практическому заданию № 4**

1. Показания к госпитализации взрослых больных с острой одонтогенной инфекцией:

1) наличие сопутствующего заболевания в стадии компенсации

2) беременность

3) возраст больного

4) наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации

5) желание больного

2. Выберете из всех видов только анаэробные формы:

1) стафилококк, пептококк, кишечная палочка

2) стафилококк, бактероид, пептострептококк, вейлонелла

3) пептострептококк, вейлонелла, бактероид, бифидобактерия

4) вейлонелла, кишечная палочка, стрептококк, фузобактерия

5) пептострептококк, кишечная палочка, пневмококк

3. Выберете из всех видов микроорганизмов только аэробные формы:

1) стафилококк, пневмококк, кишечная палочка

2) стафилококк, бактероид

3) пептострептококк, вейлонелла, бактероид, бифидобактерия

4) вейлонелла, кишечная палочка, стрептококк

5) пневмококк, пептострептококк, кишечная палочка

4. Тризм – это:

1) расслабление мышц

2) клоническое сокращение мышц

3) тоническое сокращение мышц

4) чередование тонического и клонического сокращения мышц

5) чередование тонического сокращения с расслаблением мышц

5. Вирусный гепатит (virus B) может быть перенесен:

1) аэробными микроорганизмами 2) слюной

3) кровью 4) мочой

6. Наиболее благоприятная температура для размножения микроорганизмов:

1) 340С 2) 35,50 С 3) 37,200С 4) 37,70С 5) 38,20С

7. Время, необходимое бактериям для размножения:

1) 2 часа 2) 45 мин 3) 30 мин 4) 15 мин 5) 10 мин

8. Для осуществления движения бактерий самое важное:

1) жидкая среда 2) сухая поверхность 3) температура тела

4) кислородная среда

9. Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста, называются:

1) анаэробы 2) аэробы (облигатные)

3) факультативные анаэробы 4) факультативные аэробы

10. Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода:

1) строгие аэробы 2) строгие анаэробы

3) факультативные аэробы 4) факультативные анаэробы

11. Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается:

1) антисептикой 2) асептикой 3) бактериостатикой 4) дезинфекцией

12. Туберкулезную инфекцию можно получить:

1) если пить молоко от инфекционных коров

2) контактировать с инфекционными людьми

3) вдыхать аэрозоль от чихающих

4) контактировать с инфицированными инструментами

5) верно все перечисленное

13. Факультативные аэробы:

1) нуждаются только в чистом кислороде

2) не требуют чистого кислорода

3) предпочитают существовать с чистым кислородом

4) предпочитают чистый кислород, но могут жить и без него

14. Наиболее надежно избавляет от бактерий:

1) замораживание 2) стерилизация 3) дезинфекция 4) растворение

15. По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения:

1) вирус может передаваться аэрозолью слюны

2) вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам

3) что, даже малые количества инфицируемого материала способны заразить

4) вирус довольно устойчив по отношению к температуре

5) все выше сказанное справедливо

16. Наиболее устойчивы к кипячению при 1000С в течение 10 мин:

1) туберкулезные бациллы 2) протей 3) вирус гепатита

4) стафилококк 5) гонококк

17. В гнойничковом отделяемом не содержится:

1) лейкоцитов 2) бактерий 3) полисахаридов 4) лимфы

18. Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции, является:

1) кислота желудочно-кишечного тракта 2) кожа

3) лимфатическая система 4) антитела

19. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус:

1) в кале 2) в слюне 3) в крови 4) в слюне и крови

5) во всем перечисленном

20. Специфическим лимфоаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стафилококками

2) микобактериями туберкулеза

3) кишечной палочкой

4) стрептококками в сочетании со стафилококками

5) анаэробной флорой

21.Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва
4. гематома мягких тканей
5. тромбоз синусов головного мозга

22.Причиной развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы

1. зубов нижней челюсти
2. зубов верхней челюсти
3. лимфоузлов щечной области
4. лимфоузлов околоушной области

23.При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:

1. средостение
2. субдуральное пространство
3. околоушную слюнную железу
4. крылонебное венозное сплетение
5. венозные синусы головного мозга

24.Причиной развития периостита является:

1. ушиб мягких тканей лица
2. фиброма альвеолярного отростка
3. обострение хронического верхнечелюстного синусита
4. обострение хронического периодонтита
5. перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

25.Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:

1. подвижность всех зубов на челюсти
2. воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
3. муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвиж­ность зубов
4. воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
5. слизистая оболочка гиперемирована, зубы неподвижны

26.Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти за­ключается в:

1. удалении причинного зуба
2. широкой периостотомии челюсти с двух сторон
3. периостотомии в области причинного зуба, дренировании

4) удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

5) удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

27.Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти появляются на:

1. 30-е сутки 2) 25-е сутки 3) 20-е сутк 4) 14-е сутки 5) 7-е сутки

28.Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1. перелом челюсти
2. острый лимфаденит
3. снижение реактивности организма
4. наличие хронических очагов воспаления в челюсти
5. снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

29.Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании:

1. жалоб больного
2. опроса больного
3. клинических данных
4. клинико-рентгенологической картины
5. данных лабораторных методов исследования

30.Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:

1. секвестрэктомии
2. санации полости рта
3. антибактериальной терапии
4. периостотомии в области причинного зуба
5. антибактериальной терапии, секвестрэктомии

**Вопросы для устного опроса:**

1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области.
2. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
3. Этиология, патогенез острого серозного и гнойного периостита.
4. Этиология, патогенез одонтогенного остеомиелита челюстей.
5. Этиология, патогенез острых и хронических лимфаденитов.
6. Определение понятий: воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона. Патологическая анатомия при абсцессах и флегмонах. Стадии воспалительной реакции.
7. Клинико-лабораторное обследование пациентов при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.
8. Принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний и их профилактика.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Составить план обследования и лечения пациента с флегмоной дна полости рта

**Тема 5**Статистика и структура травматизма челюстно-лицевой области в России. Особенности повреждений челюстной лицевой области. Травмы мягких тканей и костей лицевого скелета. Переломы нижней челюсти. Классификация. Оказание неотложной помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения. Транспортная иммобилизация при переломах нижней челюсти.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Тесты к практическому занятию № 5**

1.Транспортная иммобилизация накладывается на срок:

1. 3-5 дней
2. 7 дней
3. 2 недели
4. 6 недель
5. до наложения постоянной иммобилизации

2.Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

3.Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

1) периостит

2) фурункулез

3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны

5) актиномикоз

4. Мыщца, опускающая нижнюю челюсть:

1) двубрюшная

2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта

4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

5. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) челюстно-подъязычная

4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

6.Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

7.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

8.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) височная

2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

9.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) наружная крыловидная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

10.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) внутренняя крыловидная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

11. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

1) открытый прикус

2) кровотечение из носа

3) разрыв слизистой альвеолярного отростка

4) изменение прикуса моляров со стороны перелома

5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

12.Характерный симптом при двустороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

1) открытый прикус

2) кровотечение из носа

3) разрыв слизистой альвеолярного отростка

4) изменение прикуса моляров со стороны перелома

5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

13.После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

1) ежедневно

2) ежемесячно

3) еженедельно

4) 3 раза в месяц

5) 2 раза в неделю

14.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) пародонтит

4) амилоидоз

5) парез лицевого нерва

15.Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) кровотечение

4) пиелонефрит

5) множественный кариес

16.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) шок

2) ОРВЗ

3) пародонтит

4) холецистит

5) парез лицевого нерва

17.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) коллапс

3) пародонтит

4) холецистит

5) парез лицевого нерва

18.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) травматический остеомиелит

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

19.Местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) диплопия

3) асфиксия

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

20.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) слюнные свищи

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

21.Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) потеря сознания

4) сахарный диабет

5) вторичное кровотечение

22.Вторичными ранящими снарядами в челюстно-лицевую область называются:

1) разрывные пули

2) осколки снаряда

3) стреловидные элементы

4) зоны некротических изменений костной ткани

5) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

23.Первая медицинская помощь на поле боя оказывается:

1) врачом

2) эпидемиологической службой

3) службой медицинской разведки полка

4) в порядке самопомощи и взаимопомощи

24.Задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1. накормить раненого
2. собрать анамнез
3. перенести в укрытие
4. оформить медицинскую карточку
5. временная остановка кровотечения

25.Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1. накормить раненого
2. собрать анамнез
3. перенести в укрытие
4. устранить угрозу асфиксии
5. оформить медицинскую карточку

26.Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1. накормить раненого
2. собрать анамнез
3. перенести в укрытие
4. противошоковые мероприятия
5. оформить медицинскую карточку

27.Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лице­вую область оказывают в:

1) сортировочном пункте

2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона

4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

28.Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают в:

1) сортировочном пункте

2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона

4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

29.Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1. костный шов
2. назубные шины
3. стандартные повязки
4. компрессионно-дистракционный аппарат
5. ортопедический аппарат

30.Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1. костный шов
2. назубные шины
3. импровизированные повязки
4. компрессионно-дистракционный аппарат
5. ортопедический аппарат

**Вопросы для устного опроса:**

1. Статистика и структура травматизма челюстно-лицевой области.
2. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
3. Особенности повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области.
4. Способы остановки кровотечений.
5. Классификация переломов нижней челюсти.
6. Временная транспортная иммобилизация при переломах нижней челюсти.
7. Оказание неотложной помощи при переломах нижней челюсти на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения.
8. Оказание неотложной помощи при повреждениях мягких тканей челюстно-лицевой области на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задача 1.** В клинику доставлена больная в бессознательном состоянии после автомобильной аварии. Пациентка находилась на переднем сидении лег­кового автомобиля, который врезался во встречный автобус. Больная без сознания, сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом нижней челюсти в области ментальных отверстий, переломы костей обеих голеней и левого бедра, правой лопатки и левого предплечья.

1. Какова очередность оказания специализированной помощи?
2. В каком отделении должна находиться больная?
3. Наметьте план лечения хирургом-стоматологом.

**Задача 2.** В клинику поступила больная, 28 лет, после автоаварии. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 21 зуба, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение голов­ного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 3.** Больная, 20 лет, поступила в многопрофильную клинику с диагнозом: сотрясение головного мозга и перелом основания черепа в средней череп­ной ямке, перелом верхней челюсти с повреждением пазух, перелом ниж­ней челюсти, скуловой кости и дуги, левой ключицы и костей таза. Мно­жественные сочетанные повреждения получены в автокатастрофе. Брига­дой «скорой помощи» проведена противошоковая терапия, наложена трахеостома.

1. Какова преемственность оказания специализированной врачебной помощи?
2. Обоснуйте сроки оказания специализированной стоматологической помощи.

**Задача 4.** В клинику доставлен пациент, 32 лет, с травмой челюстно-лицевой области и нижних конечностей, после падения с 3-го этажа жилого дома. Была потеря сознания. Из перенесенных заболеваний указывает на воспа­ление легких, операцию на желудке и на перелом нижней челюсти справа около года назад. В настоящее время по общему статусу считает себя здо­ровым. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей в области средней зоны лица, пальпация которой резко болезненна, имеются кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон, прикус нарушен, пол­ного смыкания зубов в переднем отделе нет. В области угла нижней че­люсти справа пальпируется утолщение кости. Имеются переломы обеих голеней на разных уровнях.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для диагностики?

**Задача 5.** Больной обратился на вторые сутки после травмы челюстно-лицевой области. После нескольких ударов в область лица потерял сознание, на­блюдается тошнота, рвота. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей средней зоны лица, гематомы подглазничных областей, кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон. В полости рта опреде­ляется нарушение прикуса, отсутствуют 16, 26 зубы, вывихнуты 11, 21 зубы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Транспортная (временная) иммобилизация при переломах нижней челюсти
2. Чтение и разбор рентгенограмм

 **Тема 6**Переломы верхней челюсти и скуловой кости. Классификация. Оказание неотложной помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения. Уход за больными с повреждениями челюстно-лицевой области. Организация питания.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Тесты к практическому занятию № 6**

1.Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

2.Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1) ЭОД

2) биопсия

3) рентгенография

4) радиоизотопное исследование

5) цитологическое исследование

2.Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

1) переломе нижней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти

5) переломе костей носа

4.Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе мыщелкового отростка

5) переломе костей носа

5.Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

6.Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1) ликворея

2) кровотечение из носа

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхней челюсти

5) кровотечение из наружного слухового прохода

7.Симптомы перелома скуловой кости:

1) деформация носа, гематома

2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) уплощение скуловой области, диплопия

8.Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) симптом «ступени», диплопия

4) кровоизлияние в нижнее веко

5) кровотечение из носа, головокружение

9.Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта

10.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) пародонтит

4) амилоидоз

5) парез лицевого нерва

11.Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) кровотечение

4) пиелонефрит

5) множественный кариес

12.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) травматический остеомиелит

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

13.Местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) диплопия

3) асфиксия

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

14.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) слюнные свищи

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

15.Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) потеря сознания

4) сахарный диабет

5) вторичное кровотечение

16.Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение:

1) первого часа

2) 8-12 часов

3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72 часов

17.Объем медицинских мероприятий в очаге поражения при ожогах челюстно-лицевой области:

1) первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) исправление повязки, применение обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

18.Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

19. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

20.Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

21. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей при вдыхани жидкого раневого содержимого или рвотных масс:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

22.Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

23.Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) восстановление анатомического положения органа

5) прошивание языка

24.Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) восстановление анатомического положения органа

5) расстегнуть одежду

25.Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) вывести и закрепить язык булавкой

5) расстегнуть одежд

26.Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается в:

1) трахеотомии

2) введении воздуховода

3) удалении инородного тела

4) восстановлении анатомического положения органа

5) очистке полости рта, придании раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание

27.Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

28.Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта осуществляют:

1) введение воздуховода

2) наложение трахеостомы

3) наложение бимаксиллярных шин

4) прошивание и выведение языка

5) взятие тканей на держалки

29.Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении:

1) горизонтально

2) под углом к средней линии

3) вертикально по средней линии

4) спереди назад слева

5) сзади наперед справа

30.Для профилактики асфиксии язык прошивается:

1) у корня

2) в передней трети

3) по средней линии

4) на границе задней и средней трети

5) в задней трети

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация переломов верхней челюсти.
2. Классификация переломов скуловой кости.
3. Множественная, сочетанная и комбинированная травма челюстно-лицевой области.
4. Оказание неотложной помощи при переломах верхней челюсти на догоспитальном этапе.
5. Оказание неотложной помощи при переломах скуловой кости на догоспитальном этапе.
6. Оказание неотложной помощи при сочетанной травме на догоспитальном этапе.
7. Оказание неотложной помощи при кровотечениях, асфиксии, шоке при травматических повреждениях челюстно-лицевой области.
8. Временная транспортная иммобилизация при переломах верхней челюсти.
9. Особенности транспортировки больных с сочетанными повреждениями.
10. Уход за больными с повреждениями челюстно-лицевой области. Организация питания.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задача 1.** Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезнен­ность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу перелома нижней че­люсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечил­ся в поликлинике по месту жительства, через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезнен­ность, обратился к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щеч­ной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не опреде­ляется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верх­ней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева опреде­ляется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окру­жающей костной тканью неспаянного.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, покраснение кожи над ней, болезненность в области угла нижней челюсти слева, усиливающуюся при жевании. Из анамнеза выяснено, что месяц назад во время драки получил травму в области нижней челюсти слева. К врачу не обращался, боли снимал аналь­гином. Твердую пищу принимать не мог. Неделю назад появилась при­пухлость в подчелюстной области слева, озноб, температура до 37,5°С, больной самостоятельно принимал антибиотики дома. Из перенесенных заболеваний: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия. При местном осмотре: лицо асимметрично за счет припухлости в подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, в складку не собирается, определяется плотный болезненный при пальпации инфильтрат, размером 6.0x7,0 см. Паль­пация болезненна. В полости рта: наличие множественных кариозных полостей зубов, определяется подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, из десневого кармана в области третьего моляра слева гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании опре­деляется тень линии перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов нижней челюсти 0,6 см, в области перелома видны тени трех свободнолежащих секвестров, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 3.** Больной, 19 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подподбородочной области, наличие свищевого хода с гнойным отделяе­мым, болезненность в этой области, невозможность приема твердой пищи, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выяснено, что пять недель назад получил огнестрельное сквозное ранение в подбородочный отдел нижней челюсти, доставлен «скорой помощью» в стационар ЦРБ по месту жительства, где общим хирургом была проведена первичная хирургиче­ская обработка раны (ПХО) и временная иммобилизация фрагментов с помощью мягкой подбородочной пращи. Направлен в стационар област­ной больницы, где повторно проведена хирургическая обработка, наложен наружный аппарат для остеосинтеза. Проводилось комплексное лечение, но через месяц после ранения появились признаки вторичного инфициро­вания раны, гнойное отделяемое, кожа гиперемирована. При рентгеноло­гическом исследовании подбородочного отдела нижней челюсти отмеча­ются тени свободнолежащих мелких секвестров.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 4.** Больной, 31 года, обратился в клинику с жалобами на невозможность смыкания зубов, асимметрию лица, боли в области височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон, затруднение при пережевывании пищи. Из анамнеза выявлено, что полгода назад получил производственную травму лица при работе на строительстве в отдаленном районе, врачебной помощи получить не мог, лечился самостоятельно: компрессы, антибиотики. Отмечал невозможность приема твердой пищи из-за боли в области тела нижней челюсти справа, околочелюстные мягкие ткани при этом были отечны, болезненны, имелась обширная гематома. К врачу обратился впервые через полгода после травмы. Из перенесенных заболеваний указывает детские инфекции, ОРЗ. При местном осмотре отмечает­ся асимметрия лица за счет деформации нижней челюсти в области тела нижней челюсти справа. При пальпации нижней челюсти справа опреде­ляется «ступенька» по нижнему краю в проекции второго премоляра. Между зубами-антагонистами на стороне деформации контакта нет, начи­ная со второго премоляра. При рентгенологическом обследовании отмеча­ется консолидированный перелом тела нижней челюсти справа, причем дистальный фрагмент смещен вниз на 2,0 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 5.** Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слеза. Из анамнеза выявлено, что месяц назад, в течение недели лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на пятой неделе после травмы. Была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Направлен на оперативное лечение. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, гепатит «В». При осмотре конфигура­ция лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. В полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом иссле­довании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция показана больному?

**Задача 6.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на боли и чувство тяжести в области верхней челюсти, затруднение носового дыхания, гной­ное отделяемое из носа, наличие свищевого хода в подглазничной области слева. Из анамнеза выявлено, что полтора месяца назад получил огне­стрельное ранение лица, в госпитале проведена первичная хирургическая обработка и репозиция скуловерхнечелюсткого комплекса, послеоперационный период осложнился присоединением вторичной инфекции, была вскрыта флегмона подглазничной области. При местном осмотре отмеча­ется инфильтрат в подглазничной области слева со свищевым ходом в центре с гнойным отделяемым, кожа гиперемирована, несколько болез­ненна при пальпации. При рентгенологическом исследовании наблюдает­ся значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи слева. При передней риноскопии обнаружена гипертрофия носовых раковин, гнойное отделяемой под средней носовой раковиной слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 7.** Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на болезненность и припухлость в области нижней челюсти слева, неприятный запах изо рта. Из анамнеза выяснено, что месяц назад лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти справа, через три недели были сняты бимаксилярные шины, выписан на работу. После сильного переохлаждения отметил припухлость и болезненность в подчелюстной области слева, общую слабость, лечился дома компрессами, припухлость уменьшилась, но боли в области челюсти не проходили, появился неприятный запах изо рта. При местном осмотре конфигурация лица изменена за счет инфильтрации в области угла нижней челюсти слева, пальпация несколько болезненна. В полости рта: отмечается инфильтрация и гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка нижней челюсти в проекции второго и третьего моляра слева, имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании в области угла нижней челюсти определяется консолидированный перелом, по краю нижней челюсти расположена тень свободнолежащего секвестра, диаметром 0,8 см. В области тела нижней челюсти справа в зоне предшествующего перелома, патологических изменений не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какая показана операция?

**Задача 8.** Больной, 45 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие рубцо­вой деформации скуловой и инфраорбитальной области, затруднение но­сового дыхания, чувство тяжести и боли в подглазничной области справа, гнойное отделяемое из носа, приступообразные самопроизвольные боли в области первого верхнего правого моляра. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад получил травму лица во время автокатастрофы, первичную хирургическую обработку и репозицию фрагментов проводили в стационаре, отмечает осложненное течение послеоперационного перио­да, был вскрыт абсцесс подглазничной области. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, по общему статусу в настоящее время практически здоров. При осмотре: конфигура­ция лица изменена за счет припухлости в подглазничной области справа, отмечается наличие рубцовой деформации подглазничной и скуловой областей справа. Пальпация слабо болезненна. В полости рта: зуб 16, имеется пломба на жевательной поверхности, при исследовании зондом пломба удалена, зондирование полости резко болезненно, перкуссия безболезнен­на. При рентгенологическом исследовании отмечается значительное по­нижение прозрачности верхнечелюстной пазухи справа, в периапекальных тканях в области шестого верхнего зуба справа патологических изменений нет.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какая показана операция?
4. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние зуба 16?

**Задача 9.** Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на неприятные ощущения и подвижность фрагментов нижней челюсти в области угла справа, невозможность приема твердой пищи. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад получил травму правой половины лица в автоката­строфе, лечился в стационаре по поводу оскольчатого перелома бедрен­ной кости, консультирован стоматологом, был диагностирован перелом нижней челюсти в области угла справа, удален третий моляр из линии перелома, наложены бимаксилярные шины Тигерштедта с зацепными петлями и межчелюстной эластической тягой, прикус восстановлен. Спус­тя месяц, сняты шины, определялась подвижность фрагментов, направлен на оперативное лечение. При местном осмотре конфигурация лица не изменена, отмечается утолщение кости в области угла нижней челюсти справа. При бимануальной пальпации определяется подвижность фраг­ментов нижней челюсти справа в области угла, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании в боковой проекции определяется щель перелома в области угла нижней челюсти справа, концы фрагментов полностью покрыты компактной пластинкой.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения подвижность зубов на нижней челюсти?

**Задача 10.** Больная, 27 лет, поступила в клинику с жалобами на асимметрию лица, обусловленную деформацией нижней челюсти справа, невозмож­ность сомкнуть зубы, нарушение функции жевания. Из анамнеза выясне­но, что больная месяц назад получила травму челюсти во время нападения на нее неизвестных, лечилась в стационаре по поводу двухстороннего перелома тела нижней челюсти справа и угла слева, через неделю была выписана на амбулаторное долечивание, через месяц были сняты бимаксилярные шины. Через неделю после снятия шин обратила внимание на асимметрию лица. При осмотре определяется нарушение конфигурации лица за счет деформации в области тела нижней челюсти справа. При пальпации отмечается «ступенька» до 2,0 см по краю тела нижней челюсти справа, пальпация безболезненна. В полости рта: контакта между молярами справа нет, подвижности фрагментов не определяется. При рентгенологическом исследовании определяется вертикальное смешение дисталь­ного фрагмента нижней челюсти книзу на 2,0 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Больная, 45 лет, поступила в клинику с жалобами на боли и припух­лость в области нижней челюсти слева, в подбородочном отделе, подвиж­ность зубов и воспаление десен. Из анамнеза выяснено, что 6 недель назад получила травму челюсти, лечилась в стационаре и амбулаторно по пово­ду перелома подбородочного отдела нижней челюсти. Через месяц при снятии эластичной тяги, отмечалась подвижность фрагментов, направлена на консультацию. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфек­ции, простудные заболевания, сахарный диабет. В настоящее время отме­чаются изменения со стороны внутренних органов, связанные с сопут­ствующей патологией (больна в течение 10 лет). При местном осмотре, отмечается припухлость в подбородочном отделе нижней челюсти, паль­пация несколько болезненна, кожа не гиперемирована. В полости рта - подвижность зубов II степени, генерализованный гингивит, бимаксилярные шины фиксированы хорошо, прикус адаптирован, при снятии эластической тяги определяется незначительная подвижность фрагментов. При рентгенологическом исследовании отмечается консолидация костных фрагментов в подбородочном отделе нижней челюсти на стадии первич­ной костной мозоли, стояние фрагментов правильное.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Какое значение для составления плана лечения имеет состояние зубов и слизистой оболочки полости рта?

**Задача 12.** Больной, 43 лет, поступил в клинику с жалобами на болезненность и припухлость в области нижней челюсти справа, неприятный запах изо рта. Из анамнеза выяснено, что после травмы лечился в стационаре в течение недели, затем в поликлинике. При местном осмотре отмечается припух­лость в нижнем отделе щечной области справа, в полости рта имеется свищевой ход с гнойным отделяемым.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 13.** Больная, 36 лет, поступила в клинику с жалобами на тяжесть в левой половине лица, головные боли, наличие рубцовой деформации скуловой области слева. Из анамнеза выяснено, что после автокатастрофы лечилась в нейрохирургическом отделении, была консультирована стоматологом. При местном осмотре: деформирующие рубцы скуловой области, пальпа­ция инфраорбитальной области слева болезненна, отмечает гнойное отде­ляемое из носа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 14.** Больной, 23 лет, поступил в клинику с жалобами на асимметрию лица, невозможность пережевывания твердой пищи. Из анамнеза выясне­но, что два месяца назад получил травму в области нижней челюсти спра­ва во время драки, лечился неделю в стационаре и три недели в поликли­нике, после снятия бимаксилярных шин обратил внимание на асимметрию лица. При местном осмотре: конфигурация лица изменена, при пальпации определяется «ступенька» по краю тела нижней челюсти справа, подвиж­ности фрагментов нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

**Задача 15.** Больная, 28 лет, поступила в клинику с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти в области угла слева, определяющуюся во время жевания. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад получила травму нижней челюсти слева при падении. Лечилась амбулаторно, зуб из линии перелома не удален. По общему статусу практически здорова. При местном осмотре: конфигурация лица не изменена, воспалительных изме­нений не определяется, отмечается подвижность фрагментов нижней че­люсти в области угла слева.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какой из дополнительных методов обследования является высокоинформативным в этом случае?

**Задача 16.** Больной, 38 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в области нижней челюсти справа. Из анамнеза выяснено, что полтора ме­сяца назад получил травму в области нижней челюсти справа - избит неиз­вестными. Лечился в стационаре в течение месяца, затем амбулаторно. Из перенесенных заболеваний отмечает сахарный диабет в течение 12 лет. При местном осмотре бимаксилярные шины в полости рта фиксированы хорошо, прикус адаптирован. При снятии эластической тяги отмечается подвижность фрагментов в области тела нижней челюсти справа, незначи­тельная болезненность при пальпации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для окончательной постановки диагноза?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести больному?

**Задача 17.** Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гной­ным отделяемым, припухлость в подчелюстной области справа и боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза выяснено, что 5 недель назад получил травму в области нижней челюсти справа во время драки. К врачу обратился через неделю после травмы с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия бимаксилярных шин снова появилась припухлость в околочелюстных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гнойным отделяемым. Три дня назад появилась припухлость и боли в подчелюстной области справа, усиливающиеся при приеме пищи. По об­щему статусу практически здоров. При местном осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости и гиперемии мягких тканей в нижнем отделе щечной области, подчелюстной области справа, в центре инфиль­трата имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При бимануальной пальпации определяется конкремент, диаметром 0,5 см в проекции прото­ка правой подчелюстной слюнной железы, из протока справа слюна не выделяется. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Имеет ли отношение состояние подчелюстной слюнной железы к осложнению травматического поражения нижней челюсти?

**Задача 18.** Больная, 32 лет, обратилась в клинику с жалобами на чувство тя­жести в левой половине лица, гнойное отделяемое из левого носового хода, боли в зубе 26 приступообразного характера, усиливающиеся от холодно­го и горячего. Из анамнеза выяснено, что месяц назад, лечилась амбула­торно с диагнозом перелом скуловой кости слева. Зуб 26 заболел два дня на­зад. Ранее лечен по поводу глубокого кариеса, под пломбой. При местном осмотре определяется болезненность при пальпации подглазничной об­ласти слева, мягкие ткани этой области пастозные. При рентгенологи­ческом исследовании определяется понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи слева.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для окончательной постановки диагноза?
3. Связано ли состояние зуба 26 с поставленным Вами диагнозом?

**Задача 19.** Больной, 48 лет, поступил в клинику с диагнозом: травматический остеомиелит нижней челюсти справа. Жалобы предъявляет на подвиж­ность фрагментов нижней челюсти, наличие деформирующих рубцов щечной области справа. Из анамнеза выяснено, что 8 лет назад была трав­ма правой половины лица во время драки, проводили первичную хирурги­ческую обработку ран лица в травм пункте, отмечалось осложненное за­живление. Полтора месяца назад во время драки получил удар в область угла нижней челюсти справа, к врачу не обращался, лечился дома. Заме­тил подвижность фрагментов нижней челюсти справа. По общему статусу практически здоров. При местном осмотре: конфигурация лица изменена за счет рубцовой деформации щечной области справа, признаков воспале­ния нет. Отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней че­люсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Есть ли связь между наличием рубцов и подвижностью фрагментов нижней челюсти?

**Задача 20.** Больная, 20 лет, поступила в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева и асимметрию лица слева. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад лечилась в поликлинике с диагнозом перелом тела нижней челюсти слева, через три недели были сняты бимаксилярные шины, через неделю после этого зубы перестали смыкаться, появились сильные ноющие постоянные боли в области ниж­ней челюсти слева. Из перенесенных заболеваний отмечает детские ин­фекции, простудные заболевания. По общему статусу практически здоро­ва. При местном осмотре определяется «ступенька» по краю тела нижней челюсти слева, пальпация в области ментального отверстия слева болез­ненна, признаков воспаления нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие клинические данные и дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения описанный болевой синдром?

**Задача 21.** Больная, 67 лет, поступила в клинику с жалобами на подвижность фрагментов тела нижней челюсти слева и наличие новообразования на альвеолярном отростке нижней челюсти слева в области отсутствующих моляров с внутренней стороны альвеолярного отростка. Из анамнеза вы­явлено, что во время падения два месяца назад, лечилась в стационаре по поводу перелома нижней челюсти в течение месяца, отмечалась обширная гематома нижнего отдела щечной области которая осложнилась нагноени­ем, была вскрыта, для фиксации фрагментов использовались полные съемные протезы больной. Новообразование на альвеолярном отростке больная заметила полгода назад, постепенно увеличивается в размере, безболезненное, больную не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает сахарный диабет в течение 23 лет. При местном осмотре отмеча­ется небольшая подвижность фрагментов тела нижней челюсти слева. На внутренней поверхности альвеолярного отростка этой области имеется новообразование мягко-эластичной консистенции, цвета слизистой, доль­чатого строения, расположено под протезом.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза.
3. Существует ли взаимосвязь новообразования с состоянием нижней челюсти после травмы?

**Задача 22.** В приемное отделение поступил больной с двусторонним переломом нижней челюсти в области подбородочного отдела нижней челюсти. От­мечается затрудненное дыхание.

1. Объясните механизм нарушения функции дыхания.
2. Какой вид асфиксии имеется в этом случае?

**Задача 23.** В приемное отделение поступил больной после автокатастрофы с ранением нижней трети лица и повреждением передней стенки трахеи. Проходимость верхних дыхательных путей не нарушена. Отмечается рез­кая одышка, цианоз.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. В чем заключается первая помощь больному и в каком отделение должен находится больной?

**Задача 24.** У больного с ранением щечной области слева, через неделю после проведения ПХО произошло нагноение раны, а еще через неделю началось кровотечение.

1. Следствием чего может быть кровотечение? Как оно называется?

**Задача 25.** При сквозном ранении левой щечной области, сопровождающимся повреждением языка у больного отмечается интенсивное кровотечение в области языка, кровь алого цвета, фонтанирует.

1. Из какого сосуда возможно кровотечение такого характера?
2. Какой вид кровотечения имеется в данном случае?
3. Способы его остановки?

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Транспортная (временная) иммобилизация при переломах нижней челюсти
2. Чтение и разбор рентгенограмм

**Тема 7**Структура онкологической службы в России. Понятие об онкологической настороженности. Методы диагностики онкологических заболеваний челюстно-лицевой области. Биопсия как вид клинической диагностики. Основные принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. Профилактика опухолей челюстно-лицевой области.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Тесты к практическому занятию №7**

1.Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1) гиперсаливация

2) частичная адентия

3) массивные зубные отложения

4) хроническая травма слизистой оболочки

5) заболевания желудочно-кишечного тракта

2.Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1) гиперсаливация

2) частичная адентия

3) предраковые заболевания

4) массивные зубные отложения

5) заболевания желудочно-кишечного тракта

3.При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:

1) районному онкологу

2) специалисту-радиологу

3) участковому терапевту

4) хирургу общего профиля

5) хирургу-стоматологу

4.Больной с диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» должен быть направлен к:

1) районному онкологу

2) специалисту-радиологу

3) участковому терапевту

4) хирургу общего профиля

5) хирургу-стоматологу

5.К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

1) физикальный

2) биохимический

3) цитологический

4) иммунологический

5) биометрический

6.К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

1) физикальный

2) биохимический

3) гистологический

4) биометрический

5) иммунологический

7.Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) ранних симптомов заболевания

2) препаратов для лечения

3) профессиональных вредностей

4) допустимых доз лучевой терапии

5) расположения онкологических служб

8.Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) профессиональных вредностей

2) допустимых доз лучевой терапии

3) поздних симптомов злокачественных новообразований

4) препаратов для лечения злокачественных новообразований

5) расположения онкологических служб

9.Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) профессиональных вредностей

2) препаратов для лечения опухолей

3) допустимых доз лучевой терапии

4) специальных методов обследования, ранней диагностики

5) системы организации помощи онкологическим больным

10.Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании:

1) жалоб больного

2) размеров опухоли

3) жалоб больного, размеров опухоли

4) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов

5) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

11.К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1) химиотерапию

2) лучевую терапию

3) иссечение опухоли

4) комбинированное лечение

5) симптоматическую терапию

12.К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1) химиотерапию

2) криодеструкцию

3) лучевую терапию

4) комбинированное лечение

5) симптоматическую терапию

13. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1) химиотерапию

2) СВЧ-гипертермию

3) лучевую терапию

4) комбинированное лечение

5) симптоматическую терапию

14.Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:

1) TNM

2) клиническая

3) пятибалльная

4) онкологического центра

5) гистологическая

15.В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костных развивается:

1**)** кератокиста

1. радикулярная киста
2. фолликулярная киста
3. назоальвеолярная киста
4. киста резцового канала

16.Этиологическим фактором возникновения предрака является:

1. вторичная адентия
2. острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
3. хроническая травма слизистой оболочки полости рта
4. острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
5. специфические воспалительные процессы

17.Этиологическим фактором возникновения предрака является:

1. вторичная адентия
2. профессиональные вредности
3. острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
4. острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
5. специфические воспалительные процессы

18. Этиологическим фактором возникновения предрака является:

1. вредные привычки
2. вторичная адентия
3. острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
4. острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
5. специфические воспалительные процессы

19. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

1. рожистое воспаление
2. термический и химические ожоги
3. бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
4. болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
5. эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

20.К предраковым заболевания красной каймы губ относятся:

1. рожистое воспаление
2. термический и химические ожоги
3. бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, xейлит Манганотти
4. болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
5. эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

21.Основным методом лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является:

1. физиотерапия
2. химиотерапия
3. хирургический
4. лучевая терапия
5. комбинированный метод

22.Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:

1. томография
2. клиническое
3. цитологическое
4. ультразвуковое
5. Рентгенологическое

23.Метод дополнительного исследования при постановке окончательного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:

1. биопсия
2. томография
3. клиническое
4. ультразвуковое
5. Рентгенологическое

24.Основным методом лечения рака нижней губы является:

1. физиотерапия
2. химиотерапия
3. хирургический
4. лучевая терапия
5. комбинированный метод

25.Основным методом лечения рака нижней челюсти является:

1. химиотерапия
2. лучевая терапия
3. операция Крайля
4. комбинированное лечение

5) половинная резекция челюсти

26. Рак слизистой оболочки полости рта наиболее часто поражает:

1) твердое небо

2) спинку и кончик языка

3) дно полости рта

4) боковые отделы средней и задней третей языка

5) ответы 2+3

27. Признаки озлокачествления опухоли

1) гиперемия кожи

2) появление болей

3) уменьшение подвижности

4) плотная консистенция (пальпаторно)

5) ответы 2+3+4

28. Тактика врача при факультативном предраке:

1) диспансерное наблюдение

2) устранение причины и наблюдение за больным

3) биопсия

4) иссечение пораженного участка ткани и гистологическое исследование патологического субстрата

29. Тактика врача при облигатном предраке губы:

1) наблюдение за больным

2) иссечение пораженной ткани с одномоментным замещением изъяна

3) иссечение пораженной ткани и гистологическое исследование субстрата

4) биопсия

5) аппликация нейтральным кремом и последующее решение вопроса в зависимости от полученного результата наблюдения.

30. При лечении рака челюстно-лицевой локализации наилучшие результаты дает:

1) криодеструкция

2) лучевая терапия

3) химиотерапия

4) комбинированное лечение

5) хирургическое лечение

**Вопросы для устного опроса:**

1. Структура онкологической службы в России.
2. Заболеваемость опухолями кожи, нижней губы, органов полости рта в России.
3. Понятие об онкологической настороженности.
4. Экзогенные и эндогенные факторы, способствующие возникновению предраковых состояний.
5. Методы диагностики онкологических заболеваний челюстно-лицевой области.
6. Биопсия как вид клинической диагностики.
7. Основные принципы обследования и лечения доброкачественных и злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
8. Профилактика опухолей челюстно-лицевой области.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задание к письменным контрольным работам:**

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Чтение и разбор рентгенограмм

**Тема 8**Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области. Факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий. Принципы профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций. Врожденные расщелины губы и неба.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Тесты к практическому занятию № 8**

**Тема:** Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области. Факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий. Принципы профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций. Врожденные расщелины губы и неба.

1. Вредная привычка прокладывания языка между зубами может привести к:

1) расширению зубных рядов 2) сужению зубных рядов

3) резцовойдизоккюзии 4) неполному прорезыванию зубов

5) возникновениюдиастемы

2. Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:

1) гипоплазия эмали 2) флюороз 3) ранее удаление временных зубов

4) гингивит 5) средний кариес

3. С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску-пустышку детям старше:

1) 6 месяцев 2)1 год 3)2 лет 4) 3 лет 5) 5 лет

4. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья –это:

1) стоматологическое просвещение

2) анкетирования населения

3) первичная профилактика

4) ситуационный анализ

5) профессиональная гигиена

5. Активным методом стоматологического просвещения является:

1) издания научно-популярной литературы

2) проведение выставок средств гигиены полости рта

3) занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада

4) телевизионная реклама

5) профессиональная гигиена

6. Методы стоматологического просвещения, предполагающие заинтересованное участие населения и наличие обратной связи, являются:

1) активными

2) пассивными

3) индивидуальными

4) групповыми

5) массовыми

7.Анкетирование дает возможность оценить:

1) уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) качество оказания стоматологической помощи населению

4) уровень стоматологического здоровья населения

5) качество работы фирм-производителей средств гигиены полости рта

8.К пассивным формам стоматологического просвещения относятся:

1) проведение «урока здоровья» в школе

2) беседа с пациентом на стоматологическом приеме

3) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

4) лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей дискуссией

5) телевизионная реклама

9.Объективную оценку эффективность стоматологического просвещения проводят по:

1) определению гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

10.Субъективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1) определения гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

11.Форма проведения стоматологического просвещения зависит от:

1) возраста

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) стоматологического статуса пациента

4) стоматологической заболеваемости населения региона

5) уровень стоматологической помощи населению

12.Для эффективной профилактики стоматологических заболеваний у детей необходимо проводить первый профилактический осмотр в возрасте:

1) 2 месяцев 2) 6 месяцев 3) 1 года 4) 3лет 5) 5 лет

13.На профилактический осмотр дети и взрослые должны приходить не реже:

1) 1 раз в месяц 2) 2 раза в год 3) 1 раз в год 4) 1 раз в 2 года

5) только при наличии стоматологических заболеваний

14.Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:

1) игра 2) урока 3) беседы 4) лекции 5) рекламы

15.Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

16. Телевизионная реклама средств гигиены полости рта- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

17.Целью стоматологического просвещения является:

1) изучение стоматологической заболеваемостью населения

2) выявления факторов риска возникновения стоматологических заболеваний

3) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

4) определения уровня гигиены полости рта среди разных контингентов

5) мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья

18.Практическим этапом стоматологического просвещения является:

1) знания

2) понимание

3) убеждение

4) навык

5) все перечисленное

19. Причины (этиологические факторы) развития врожденных пороков лица-это:

1) психические

2) физические

3) генетические

4) бактериологические

5) все перечисленные факторы

20. Общая частота врожденных расщелин верхней губы и неба (по России):

1) 1:1500 2) 1:1000 3) 1:750 4) 1:500 5) 1:250

21. Частота врожденных расщелин верхней губы и неба среди других пороков развития ЧЛО:

1) 50% 2) 60% 3) 70% 4) 80% 5) 90%

22. Наиболее характерные анатомические нарушения при врожденных расщелинах верхней губы:

1) изменение правильной формы лица (асимметрия)

2) недоразвитие и дефект тканей верхней губы и альвеолярного отростка в\ч

3) деформация носа

4) деформация в\ч

5) недоразвитие и дефект тканей верхней губы

23. Какой метод вскармливания новорожденных с расщелиной верхней губы и неба предпочтительнее?

1) грудью матери

2) грудью матери с применением приспособлений (обтурирующие накладки на грудь матери, клеенчатые полоски и др.)

3) из рожка через соску сцеженным материнским молоком

4) с ложечки донорским молоком, прикормами, смесями

5) сцеженным материнским молоком через соску или ложечку

24. Определите оптимальный срок проведения хейлопластики при односторонней расщелине губы:

1) до 6 месяцев

2) до 12 месяцев

3) от 12 до 18 месяцев

4) до 2-х лет

5) от 2-х до 3-х лет

25. Занятия с логопедом детей с врожденными расщелинами неба начинаются:

1) в 1 год

2) после 2-х лет

3) после уранопластики независимо от возраста ребенка

4) перед школой в 6-7 лет

5) после завершения, в основном, комплексного хирургического и ортопедического лечения

26. Оптимальные сроки оперативного вмешательства при врожденных расщелинах верхней губы:

1) в период новорожденности

2) в возрасте 2-3 месяцев

3) в возрасте 1-го года

4) в возрасте 6-8 месяцев

5) в зависимости от вида расщелины, степени деформации в\ч но не позже 12 месяцев после рождения

27. При аномалии положения уздечки языка (укорочения уздечки языка) основным показателем для оперативного лечения у ребенка 3-4 лет является:

1) затруднения при приеме пищи

2) эстетические нарушения

3) нарушения речи

4) частые респираторно-вирусные заболевания

5) все вышеперечисленное

28. К наследственным зубочелюстным аномалиям в большинстве случаев относятся:

1) вторичная частичная адентия 2) первичная адентия

3) неправильное положение зубов 4) нарушение смыкания зубов

5) ретенция зубов

29.Аномалии формы и размеров зубов выявляют при обследовании:

1) клиническом 2) ренгенологическом 3) лабораторным

4) иммунологическом 5) гистологическом

30.К концу первого года жизни у ребенка должно прорезаться зубов не меньше:

1) 4 2) 6 3) 8 4) 10 5) 12

**Вопросы для устного опроса:**

1. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области. Этиология зубочелюстных аномалий.
2. Основные направления и методы профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций.
3. Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций, связанных с вредными привычками, разрушением и отсутствием зубов, искусственным вскармливанием, в период внутриутробного развития.
4. Классификация врожденных расщелин губы и неба.
5. Этиология и патогенез врожденных расщелин верхней губы и неба.
6. Структура центра по лечению детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Основные специалисты центра. Их задачи и объем работы.
7. Сроки оперативного вмешательства при врожденных расщелинах губы и неба.
8. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задание к письменным контрольным работам:**

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

**Тема 9**Основные организационные мероприятия по проведению профилактики основных стоматологических заболеваний в современных экономических условиях. Программы комплексной профилактики стоматологических заболеваний. Защита курсовых работ.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости** *(Тестирование, устный опрос, проверка практических навыков, защита проектов)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Тесты к практическому занятию № 9**

**Тема: Основные организационные мероприятия по проведению профилактики основных стоматологических заболеваний в современных экономических условиях. Программы комплексной профилактики стоматологических заболеваний. Защита курсовых работ.**

1.В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1) кисломолочные продукты 2) зелень, овощи3)мясные консервы

4) рыбные продукты5)сыры

2.В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1. творог 2)яблоки 3)конфеты 4) овощимясо

3.Таблетки фторида натрия для профилактики кариеса рекомендуют давать:

1) 1 раз в неделю 2) каждый день 3) через день 4) 2 раза в неделю

5)1 раз в неделю

4. Для качественной гигиены полости рта необходимо использовать:

1. зубные щетки и пасты
2. зубные щетки, пасты и флоссы
3. зубные щетки, пасты, флоссы и ополаскиватели
4. зубные щетки, пасты, флоссы и жевательную резинку
5. зубные щетки, пасты, жевательную резинку

5. Полоскание полости рта растворами фторидов для профилактики кариеса рекомендуется детям в возрасте:

1) 2 лет 2) 4 лет 3) 6 лет 4) 8 лет 5)10 лет

6.Эндогенную профилактику кариеса временных зубов наиболее целесообразно проводить:

1. в антенатальном периоде
2. в первом полугодии жизни
3. во втором полугодии первого года жизни
4. на втором году жизни
5. на третьем году жизни

7.Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать:

1. в период прорезывания первых временных зубов
2. с 2-х лет
3. в 3-4 года
4. в период прорезывания первых постоянных зубов
5. у первокласников

 8.Родители должны начинать чистить детям зубы в возрасте:

1) 1 года 2) 2 лет 3) 3 лет 4) 6 лет

5) Сразу после прорезывания первого временного зуба

9.Детям в возрасте до 3 лет рекомендуется использовать для чистки зубов зубную щетку:

1) очень мягкую 2) мягкую 3) средней жесткости 4) жесткую

5) очень жесткую

10.За ежедневную чистку зубов у ребенка дошкольного возраста ответственны:

1) родители

2) стоматолог

3) гигиенист

4) педиатр

5) воспитатель детского сада

11. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз в:

1) неделю

2) месяц

3) 2 месяца

4) 6 месяцев

5) 12 месяцев

12. Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:

1) очень мягкую

2) мягкую

3) средней жесткости

4) жесткую

5) очень жесткую

13. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:

 1) стакане рабочей частью вверх

 2) стакане рабочей частью вниз

 3) футляре

 4) пластиковой упаковке

 5) дезинфицирующем растворе

14.Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):

1) 1 2) 2 3) 3 4) 5 5) 10

15.С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску-пустышку детям старше:

1) 6 месяцев 2) 1 год 3) 2 лет 4) 3 лет 5) 5 лет

16.Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья –это:

1) стоматологическое просвещение

2) анкетирования населения

3) первичная профилактика

4) ситуационный анализ

5) профессиональная гигиена

17.Активным методом стоматологического просвещения является:

1) издания научно-популярной литературы

2) проведение выставок средств гигиены полости рта

3) занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада

4) телевизионная реклама

5) профессиональная гигиена

18.Методы стоматологического просвещения, предполагающие заинтересованное участие населения и наличие обратной связи, являются:

1) активными

2) пассивными

3) индивидуальными

4) групповыми

5) массовыми

19.Анкетирование дает возможность оценить:

1) уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) качество оказания стоматологической помощи населению

4) уровень стоматологического здоровья населения

5) качество работы фирм-производителей средств гигиены полости рта

20.К пассивным формам стоматологического просвещения относятся:

1) проведение «урока здоровья» в школе

2) беседа с пациентом на стоматологическом приеме

3) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

4) лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей дискуссией

5) телевизионная реклама

21.Объективную оценку эффективность стоматологического просвещения проводят по:

1) определению гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

22.Субъективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1) определения гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

23.Форма проведения стоматологического просвещения зависит от:

1) возраста

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) стоматологического статуса пациента

4) стоматологической заболеваемости населения региона

5) уровень стоматологической помощи населению

24.Для эффективной профилактики стоматологических заболеваний у детей необходимо проводить первый профилактический осмотр в возрасте:

1) 2 месяцев 2) 6 месяцев 3) 1 года 4) 3лет 5) 5 лет

25.На профилактический осмотр дети и взрослые должны приходить не реже:

1) 1 раз в месяц 2) 2 раза в год 3) 1 раз в год 4) 1 раз в 2 года

5) только при наличии стоматологических заболеваний

26.Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:

1) игра 2) урока 3) беседы 4) лекции 5) рекламы

27.Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

28. Телевизионная реклама средств гигиены полости рта- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

29.Целью стоматологического просвещения является:

1) изучение стоматологической заболеваемостью населения

2) выявления факторов риска возникновения стоматологических заболеваний

3) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

4) определения уровня гигиены полости рта среди разных контингентов

5) мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья

30.Практическим этапом стоматологического просвещения является:

1) знания

2) понимание

3) убеждение

4) навык

5) все перечисленное

**Вопросы для устного опроса:**

1. Глобальные цели, задачи и направления в области стоматологического здоровья к 2020 году.
2. Программы комплексной профилактики стоматологических заболеваний. Мероприятия по организации и проведению профилактики основных стоматологических заболеваний в современных экономических условиях.
3. Внедрение и оценка эффективности профилактических программ.
4. Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста. Гигиеническое воспитание школьников. Санитарное просвещение родителей.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задание к письменным контрольным работам:**

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос, письменный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение проблемно-ситуационных** **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т. ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т. ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т. ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т. ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Защита курсовой работы | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите курсовой работы: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся выполнены основные требования к курсовой работе и ее защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем курсовой работы; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к защите курсовой работы. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании курсовой работы или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся не раскрыта тема курсовой работы, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в форме тестирования

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Стоматология как наука. Этапы развития стоматологии в России. Номенклатура стоматологических специальностей.
2. Структура и организация стоматологической помощи в России в условиях рыночных отношений.
3. Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации амбулаторно-поликлинических учреждений стоматологического профиля.
4. Средства индивидуальной защиты врача-стоматолога. Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатита.
5. Методы обследования стоматологического больного.
6. Инструменты, используемые для осмотра стоматологического больного.
7. Роль санитарного просвещения в укреплении стоматологического здоровья.
8. Методы профилактики основных стоматологических заболеваний.
9. Гигиена полости рта, ее роль в профилактике стоматологических заболеваний.
10. Методика гигиенического обучения детей и взрослых.
11. Понятие о профессиональной гигиене полости рта.
12. Участие служб Госсанэпиднадзора в организации санитарно-гигиенического воспитания детей и подростков по профилактике стоматологических заболеваний.
13. Патогенетические механизмы кариеса зубов. Микробиология кариеса.
14. Индексы, используемые при изучении заболеваемости кариесом зубов (распространенность, интенсивность кариеса). Распространенность и интенсивность кариеса зубов среди населения Российской Федерации.
15. Современные средства индивидуальной профилактики кариеса зубов.
16. Роль фтора в профилактике кариеса зубов.
17. Фторирование воды. История. Принципы. Методика.
18. Фторирование соли. Обоснование целесообразности внедрения фторированной соли. Методы и реагенты для добавления фторида в соль.
19. Фторирование молока. Особенности фторированного молока. Эффективность фторирования молока для профилактики кариеса зубов.
20. Фторид и флюороз.
21. Понятия об осложнениях кариеса. Пульпит, периодонтит. Этиология, патогенез.
22. Зубная формула пациента. Написание, оценка.
23. Влияние хронических одонтогенных очагов воспаления на состояние организма человека.
24. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области.
25. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
26. Этиология, патогенез острого серозного и гнойного периостита.
27. Этиология, патогенез одонтогенного остеомиелита челюстей.
28. Этиология, патогенез острых и хронических лимфаденитов.
29. Определение понятий: воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона. Патологическая анатомия при абсцессах и флегмонах. Стадии воспалительной реакции.
30. Клинико-лабораторное обследование пациентов при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.
31. Принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний и их профилактика.
32. Статистика и структура травматизма челюстно-лицевой области.
33. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
34. Особенности повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области.
35. Способы остановки кровотечений.
36. Классификация переломов нижней челюсти.
37. Временная транспортная иммобилизация при переломах нижней челюсти.
38. Оказание неотложной помощи при переломах нижней челюсти на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения.
39. Оказание неотложной помощи при повреждениях мягких тканей челюстно-лицевой области на догоспитальном этапе в условиях чрезвычайных ситуаций, в очагах массового поражения.
40. Классификация переломов верхней челюсти.
41. Классификация переломов скуловой кости.
42. Множественная, сочетанная и комбинированная травма челюстно-лицевой области.
43. Оказание неотложной помощи при переломах верхней челюсти на догоспитальном этапе.
44. Оказание неотложной помощи при переломах скуловой кости на догоспитальном этапе.
45. Оказание неотложной помощи при сочетанной травме на догоспитальном этапе.
46. Оказание неотложной помощи при кровотечениях, асфиксии, шоке при травматических повреждениях челюстно-лицевой области.
47. Временная транспортная иммобилизация при переломах верхней челюсти.
48. Особенности транспортировки больных с сочетанными повреждениями.
49. Уход за больными с повреждениями челюстно-лицевой области. Организация питания.
50. Структура онкологической службы в России.
51. Заболеваемость опухолями кожи, нижней губы, органов полости рта в России.
52. Понятие об онкологической настороженности.
53. Экзогенные и эндогенные факторы, способствующие возникновению предраковых состояний.
54. Методы диагностики онкологических заболеваний челюстно-лицевой области.
55. Биопсия как вид клинической диагностики.
56. Основные принципы обследования и лечения доброкачественных и злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
57. Профилактика опухолей челюстно-лицевой области.
58. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области. Этиология зубочелюстных аномалий.
59. Основные направления и методы профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций.
60. Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций, связанных с вредными привычками, разрушением и отсутствием зубов, искусственным вскармливанием, в период внутриутробного развития.
61. Классификация врожденных расщелин губы и неба.
62. Этиология и патогенез врожденных расщелин верхней губы и неба.
63. Структура центра по лечению детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Основные специалисты центра. Их задачи и объем работы.
64. Сроки оперативного вмешательства при врожденных расщелинах губы и неба.
65. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
66. Глобальные цели, задачи и направления в области стоматологического здоровья к 2020 году.
67. Программы комплексной профилактики стоматологических заболеваний. Мероприятия по организации и проведению профилактики основных стоматологических заболеваний в современных экономических условиях.
68. Внедрение и оценка эффективности профилактических программ.
69. Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста. Гигиеническое воспитание школьников. Санитарное просвещение родителей.

 **Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

Задача 1.Больной, 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад. Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
2. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача 2**.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Назовите дополнительные методы обследования.
2. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача 3. Больной, 30 лет, обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет. Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

1. Назовите дополнительные методы обследования.
2. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

Задача 4.Больной, 25 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Рекомендации по гигиене полости рта.

Задача 5.Больной, 25 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы. Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
2. Рекомендации по гигиене полости рта.

Задача 6.В клинику терапевтической стоматологии обратился больной, 23 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
2. Рекомендации по гигиене полости рта.

Задача 7.В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
2. Рекомендации по гигиене полости рта.

Задача 8.В клинику доставлена больная в бессознательном состоянии после автомобильной аварии. Пациентка находилась на переднем сидении лег­кового автомобиля, который врезался во встречный автобус. Больная без сознания, сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом нижней челюсти в области ментальных отверстий, переломы костей обеих голеней и левого бедра, правой лопатки и левого предплечья.

1. Какова очередность оказания специализированной помощи?
2. В каком отделении должна находиться больная?
3. Наметьте план лечения хирургом-стоматологом.

Задача 9. В клинику поступила больная, 28 лет, после автоаварии. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 21 зуба, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение голов­ного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

Задача 10. Больная, 20 лет, поступила в многопрофильную клинику с диагнозом: сотрясение головного мозга и перелом основания черепа в средней череп­ной ямке, перелом верхней челюсти с повреждением пазух, перелом ниж­ней челюсти, скуловой кости и дуги, левой ключицы и костей таза. Мно­жественные сочетанные повреждения получены в автокатастрофе. Брига­дой «скорой помощи» проведена противошоковая терапия, наложена трахеостома.

1. Какова преемственность оказания специализированной врачебной помощи?
2. Обоснуйте сроки оказания специализированной стоматологической помощи.

Задача 11. В клинику доставлен пациент, 32 лет, с травмой челюстно-лицевой области и нижних конечностей, после падения с 3-го этажа жилого дома. Была потеря сознания. Из перенесенных заболеваний указывает на воспа­ление легких, операцию на желудке и на перелом нижней челюсти справа около года назад. В настоящее время по общему статусу считает себя здо­ровым. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей в области средней зоны лица, пальпация которой резко болезненна, имеются кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон, прикус нарушен, пол­ного смыкания зубов в переднем отделе нет. В области угла нижней че­люсти справа пальпируется утолщение кости. Имеются переломы обеих голеней на разных уровнях.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для диагностики?

Задача 12. Больной обратился на вторые сутки после травмы челюстно-лицевой области. После нескольких ударов в область лица потерял сознание, на­блюдается тошнота, рвота. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей средней зоны лица, гематомы подглазничных областей, кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон. В полости рта опреде­ляется нарушение прикуса, отсутствуют 16, 26 зубы, вывихнуты 11, 21 зубы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача 13. Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезнен­ность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу перелома нижней че­люсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечил­ся в поликлинике по месту жительства, через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезнен­ность, обратился к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щеч­ной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не опреде­ляется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верх­ней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева опреде­ляется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окру­жающей костной тканью неспаянного.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 14. Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, покраснение кожи над ней, болезненность в области угла нижней челюсти слева, усиливающуюся при жевании. Из анамнеза выяснено, что месяц назад во время драки получил травму в области нижней челюсти слева. К врачу не обращался, боли снимал аналь­гином. Твердую пищу принимать не мог. Неделю назад появилась при­пухлость в подчелюстной области слева, озноб, температура до 37,5°С, больной самостоятельно принимал антибиотики дома. Из перенесенных заболеваний: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия. При местном осмотре: лицо асимметрично за счет припухлости в подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, в складку не собирается, определяется плотный болезненный при пальпации инфильтрат, размером 6.0x7,0 см. Паль­пация болезненна. В полости рта: наличие множественных кариозных полостей зубов, определяется подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, из десневого кармана в области третьего моляра слева гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании опре­деляется тень линии перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов нижней челюсти 0,6 см, в области перелома видны тени трех свободнолежащих секвестров, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача 15. Больной, 19 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подподбородочной области, наличие свищевого хода с гнойным отделяе­мым, болезненность в этой области, невозможность приема твердой пищи, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выяснено, что пять недель назад получил огнестрельное сквозное ранение в подбородочный отдел нижней челюсти, доставлен «скорой помощью» в стационар ЦРБ по месту жительства, где общим хирургом была проведена первичная хирургиче­ская обработка раны (ПХО) и временная иммобилизация фрагментов с помощью мягкой подбородочной пращи. Направлен в стационар област­ной больницы, где повторно проведена хирургическая обработка, наложен наружный аппарат для остеосинтеза. Проводилось комплексное лечение, но через месяц после ранения появились признаки вторичного инфициро­вания раны, гнойное отделяемое, кожа гиперемирована. При рентгеноло­гическом исследовании подбородочного отдела нижней челюсти отмеча­ются тени свободнолежащих мелких секвестров.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача 16. Больной, 31 года, обратился в клинику с жалобами на невозможность смыкания зубов, асимметрию лица, боли в области височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон, затруднение при пережевывании пищи. Из анамнеза выявлено, что полгода назад получил производственную травму лица при работе на строительстве в отдаленном районе, врачебной помощи получить не мог, лечился самостоятельно: компрессы, антибиотики. Отмечал невозможность приема твердой пищи из-за боли в области тела нижней челюсти справа, околочелюстные мягкие ткани при этом были отечны, болезненны, имелась обширная гематома. К врачу обратился впервые через полгода после травмы. Из перенесенных заболеваний указывает детские инфекции, ОРЗ. При местном осмотре отмечает­ся асимметрия лица за счет деформации нижней челюсти в области тела нижней челюсти справа. При пальпации нижней челюсти справа опреде­ляется «ступенька» по нижнему краю в проекции второго премоляра. Между зубами-антагонистами на стороне деформации контакта нет, начи­ная со второго премоляра. При рентгенологическом обследовании отмеча­ется консолидированный перелом тела нижней челюсти справа, причем дистальный фрагмент смещен вниз на 2,0 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 17. Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слеза. Из анамнеза выявлено, что месяц назад, в течение недели лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на пятой неделе после травмы. Была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Направлен на оперативное лечение. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, гепатит «В». При осмотре конфигура­ция лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. В полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом иссле­довании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция показана больному?

Задача 18. Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на боли и чувство тяжести в области верхней челюсти, затруднение носового дыхания, гной­ное отделяемое из носа, наличие свищевого хода в подглазничной области слева. Из анамнеза выявлено, что полтора месяца назад получил огне­стрельное ранение лица, в госпитале проведена первичная хирургическая обработка и репозиция скуловерхнечелюсткого комплекса, послеоперационный период осложнился присоединением вторичной инфекции, была вскрыта флегмона подглазничной области. При местном осмотре отмеча­ется инфильтрат в подглазничной области слева со свищевым ходом в центре с гнойным отделяемым, кожа гиперемирована, несколько болез­ненна при пальпации. При рентгенологическом исследовании наблюдает­ся значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи слева. При передней риноскопии обнаружена гипертрофия носовых раковин, гнойное отделяемой под средней носовой раковиной слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

Задача 19. Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на болезненность и припухлость в области нижней челюсти слева, неприятный запах изо рта. Из анамнеза выяснено, что месяц назад лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти справа, через три недели были сняты бимаксилярные шины, выписан на работу. После сильного переохлаждения отметил припухлость и болезненность в подчелюстной области слева, общую слабость, лечился дома компрессами, припухлость уменьшилась, но боли в области челюсти не проходили, появился неприятный запах изо рта. При местном осмотре конфигурация лица изменена за счет инфильтрации в области угла нижней челюсти слева, пальпация несколько болезненна. В полости рта: отмечается инфильтрация и гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка нижней челюсти в проекции второго и третьего моляра слева, имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании в области угла нижней челюсти определяется консолидированный перелом, по краю нижней челюсти расположена тень свободнолежащего секвестра, диаметром 0,8 см. В области тела нижней челюсти справа в зоне предшествующего перелома, патологических изменений не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какая показана операция?

Задача 20. Больной, 45 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие рубцо­вой деформации скуловой и инфраорбитальной области, затруднение но­сового дыхания, чувство тяжести и боли в подглазничной области справа, гнойное отделяемое из носа, приступообразные самопроизвольные боли в области первого верхнего правого моляра. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад получил травму лица во время автокатастрофы, первичную хирургическую обработку и репозицию фрагментов проводили в стационаре, отмечает осложненное течение послеоперационного перио­да, был вскрыт абсцесс подглазничной области. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, по общему статусу в настоящее время практически здоров. При осмотре: конфигура­ция лица изменена за счет припухлости в подглазничной области справа, отмечается наличие рубцовой деформации подглазничной и скуловой областей справа. Пальпация слабо болезненна. В полости рта: зуб 16, имеется пломба на жевательной поверхности, при исследовании зондом пломба удалена, зондирование полости резко болезненно, перкуссия безболезнен­на. При рентгенологическом исследовании отмечается значительное по­нижение прозрачности верхнечелюстной пазухи справа, в периапекальных тканях в области шестого верхнего зуба справа патологических изменений нет.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какая показана операция?
4. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние зуба 16?

**Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий.**

Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета

1. Определите правильный режим стерилизации инструментария в суховоздушной камере (шкафу). При температуре:

1) 100С в течение 90 минут 2) 150С 80 минут 3) 180С 60 минут

4) 250С 60 минут 5) 300С 45 минут

2. Предельная продолжительность рабочего дня операционного блока, при которой может быть обеспечено поддержание допустимого уровня бактериальной загрязненности воздуха:

1) 2 часа 2) 4 часа 3) 6 часов 4) 8 часов 5) 10 часов

3. Определите степень оптимальной эффективности действия на патогенную микрофлору ультрафиолетовых лучей при обработке хирургических блоков:

1) 10% 2) 30% 3) 50% 4) 70% 5) 90%

4. Выберите оптимальную концентрацию раствора хлоргексидина для обработки слизистой оболочки полости рта при удалении зуба:

1) 2% 2) 1% 3) 0,5% 4) 0,2% 5) 0,06%

5. Выберите оптимальную концентрацию спиртового раствора хлоргексидинадля обработки рук хирурга:

1) 2% 2) 1% 3) 0,5% 4) 0,2% 5) 0,06%

6. Какая инфекция передается воздушным путем от пациента врачу:

1) СПИД 2) туберкулез 3) сифилис 4) гепатит 5) актиномикоз

7. Определите минимально-необходимую норму площади для одного рабочего места хирурга-стоматолога:

1) 10 м2 2) 15 м2 3) 18 м2 4) 23 м2 5) не менее 25 м2

8. Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы:

1) диплом об окончании высшего или среднего медицинского(фармацевтического) заведения

2) сертификат 3) лицензия 4) свидетельство об окончании курсов

9. В течение какого периода времени со дня издания приказа органа здравоохранения действительна квалификационная категория, присвоенная врачам, провизорам, работникам:

1) 5 лет 2) 3 года 3) 7 лет 4) 10 лет 5) 1 год

10. Определите оптимальный режим стерилизации стоматологических инструментов в сухожаровом шкафу:

1) 100С в течение 45 минут 2) 120С в течение 50 минут

3) 140С в течение 55 минут 4) 150С в течение 60 минут

5) 180С в течение 60 минут

11. Основным недостатком автоклавирования инструментов является:

1) не уничтожает споры 2) недостаточная очистка инструментов

3) повреждение инструментов, особенно режущих

4) затрата времени

12. Сделайте правильный выбор метода контроля за результатом стерилизации инструментов в сухожаровом шкафу:

1) по определению уровня температуры 2) по определению времени обработки

3) по определению уровня температуры и времени стерилизации

4) термоиндикатором 5) по результатам возникающих осложнений

13. Обследование пациента начинают с применения методов:

1) рентгенологических 2) лабораторных 3) термометрических

4) основных 5) цитологических

14. К основным методам обследования относится:

1) опрос, рентгенография 2) опрос, осмотр 3) осмотр, ЭОД

4) ЭОД, рентгенография 5) перкуссия, ЭОД

15. Опрос пациента начинается с выяснения:

1) истории жизни 2) анамнеза заболевания 3) перенесенных заболеваний

4) жалоб 5) аллергоанамнеза

16. Осмотр пациента начинают с:

1) заполнения зубной формулы 2) определения прикуса 3) внешнего осмотра

4) осмотра зубных рядов 5) перкуссии зубов

17. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии 2) зондирования 3) пальпации

4) рентгенографии 5) аускультации

18. При обследовании лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад 2) отклонена влево 3) отклонена вправо

4) отклонена вперед 5) отклонена назад и влево

19. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала 2) углового зонда 3) пинцета 4) экскаватора 5) шпателя

20. При внешнем осмотре лица пациента врач отмечает:

1) тургор кожи, цвет глаз 2) симметрию лица, носогубные складки, цвет кожи

3) форму носа, цвет глаз 4) пигментные пятна, цвет волос

5) целостность зубного ряда

21. Родители должны начинать чистить детям зубы в возрасте:

1) 1 года 2) 2 лет 3) 3 лет 4) 6 лет

5) Сразу после прорезывания первого временного зуба

22. Детям в возрасте до 3 лет рекомендуется использовать для чистки зубов зубную щетку:

1) очень мягкую 2) мягкую 3) средней жесткости

4) жесткую 5) очень жесткую

23. За ежедневную чистку зубов у ребенка дошкольного возраста ответственны:

1) родители 2) стоматолог 3) гигиенист

4) педиатр 5) воспитатель детского сада

24. Степень жесткости щетины зубной щетки обычно указывается на:

1) упаковке 2) ручке 3) рабочей части

4) в инструкции производителя 5) обычно не указывается

25. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз в:

1) неделю 2) месяц 3) 2 месяца 4) 6 месяцев 5)12 месяцев

26. Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:

1) очень мягкую 2) мягкую 3) средней жесткости

4) жесткую 5) очень жесткую

27. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:

1) стакане рабочей частью вверх 2) стакане рабочей частью вниз

3) футляре 4) пластиковой упаковке 5) дезинфицирующем растворе

28. Для оценки эффективности чистки зубов пациентом наиболее важно:

1) время, требуемое для чистки всех зубов

2) метод по которому происходит движение от зуба к зубу

3) способность пациента удалять налет со всех поверхностей зубов.

4) средства гигиены полости рта, которые использует пациент

5) уровень информированности пациента о правилах ухода за полостью рта

29.Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):

1) 1 2) 2 3) 3 4) 5 5) 10

30. Детям 2-х лет для чистки зубов рекомендуется использовать:

1) зубную щетку без пасты 2) зубной порошок

3) гигиенические зубные пасты на меловой основе

4) детские зубные пасты на гелевой основе

5) фторидсодержащие зубные пасты

31. Обязательными компонентами всех зубных паст являются:

1) соединения фтора 2) экстракты лекарственных растений

3) абразивные вещества 4) витамины 5) солевые добавки

32.Фторндсодержащие зубные насты рекомендуется использовать детям с возраста (лет):

1) 1-1,5 2) 3-4 3) 5-6 4) 10-12 5) 16-18

33. Противокариозное действие зубных паст преимущественно обусловлено введением в их состав:

1) фторидов 2) пирофосфатов 3) экстрактов лекарственных растений

4) хлоргексидина 5) карбамида

34. Гигиеническне зубные пасты преимущественно обладают действием:

1) противокариозным 2) отбеливающим 3) очищающим

4) противоотечным 5) антисептическим

35. Зубные пасты с солевыми добавками относятся к группе:

1) противокариозных 2) противовоспалительных

3) препятствующих образованию зубного камня 4) отбеливающих

5) снижающих чувствительность твердых тканей зубов

36.Обязательными компонентами всех зубных наст являются:

1) соединения фтора 2) экстракты лекарственных растений

3) пенообразующие вещества 4) витамины 5) антисептики

37. Зубные пасты с высоким показателем абразивности предназначены для использования:

1) детьми дошкольного возраста 2) основной массой населения

3) пациентами с повышенной чувствительностью твердых тканей зубов

4) пациентами с заболеваниями пародонта 5) лицами, злоупотребляющими курением

38. Зубную пасту рекомендуется использовать для ухода за полостью рта детей, начиная с возраста:

1) 6 месяцев 2) 1 года 3) 2 лет 4) 4 лет 5) 6 лет

39.Зубные пасты с высоким показателем абразивности следует применять:

1) каждый день утром и вечером 2) каждый день утром

3) 1-2 раза в неделю 4) 2-3 раза в месяц

5) 1 раз в полгода

40.Противопоказанием к использованию фторидсодержащих зубных наст яв­ляется:

1) неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта

2) наличие у пациента большого количества пломб

3) высокое содержание фторида в питьевой воде

4) кровоточивость десен 5) системная гипоплазия эмали

41. Жевательную резнику рекомендуется использовать:

1) перед чисткой зубов 2) после чистки зубов

3) после приема пищи 4) перед сном 5) в любое время

42. Использование флоссов рекомендуется для удаления зубного налета с по­верхностей зубов:

1) вестибулярных 2) окклюзионных

3) апроксимальных 4) оральных 5) со всех поверхностей

43. Зубочистки наиболее целесообразно использовать для удаления:

1) зубного налета с гладких поверхностей зубов

2) зубного напета с контактных поверхностей зубов

3) остатков пищи из межзубных промежутков

4) зубного камня

5) налета курильщика

44. Использование жевательной резинки после еды преимущественно способ­ствует:

1) увеличению скорости и количества слюновыделения

2) удалению зубного налета с контактных поверхностей зубов

3) снижению повышенной чувствительности эмали зубов

4) увеличению скорости образования зубного налета

5) уменьшению воспаления в тканях десны

45. Пациентам с брекет-системами для наиболее эффективного очищения пространства между дугой и зубами рекомендуется использовать:

1) мануальную зубную щетку 2) электрическую зубную щетку

3) суперфлоссы 4) зубочистки 5) жевательную резинку

46. Большинство ополаскивателей для полости рта рекомендуется применять:

1) до чистки зубов 2) после чистки зубов 3) вместо чистки зубов

4) перед сном 5) не имеет значения

47. Индивидуальная гигиена полости рта осуществляется:

1) пациентом 2) гигиенистом стоматологическим

3) ассистентом врача-стоматолога 4) медицинской сестрой

5) врачом-стоматологом

48. Профессиональную гигиену необходимо проводить не менее чем:

1) 1 раз в неделю 2) 1 раз в месяц 3) 1 раз в месяцев

4) 1 раз в год 5) 1 раз в 2 года

49. Определение гигиенического состояния полости рта, обучение пациента правильной методике чистки зубов и самостоятельная чистка зубов паци­ентом под контролем врача подразумевает понятие:

1) индивидуальной гигиены полости рта 2) профессиональной гигиены полости рта

3) профессиональной чистки зубов 4) контролируемой чистки зубов

5) стоматологического просвещения

50. Контролируемая чистка зубов, профессиональное удаление зубных отло­жений, устранение факторов, способствующих накоплению зубных отло­жений, обучение правилам ухода за полостью рта и индивидуальный под­бор средств гигиены подразумевает понятие:

1) индивидуальной гигиены полости рта

2) профессиональной гигиены полости рта

3) профессиональной чистки зубов

4) профилактики стоматологических заболеваний

5) стоматологического просвещения

51.В возникновении кариеса зубов ведущая роль принадлежит микроорганизмам:

1) актиномицетам 2) вирусам 3) стрептококкам

4) стафилококкам 5) вейлонеллам

52.При увеличении количества мягкого зубного налета в полости рта реакция слюны смещается в сторону:

1) кислую 2) щелочную 3) нейтральную

4) не изменяется 5) вариабельно

53.В возникновении кариеса важную роль играет свойство микроорганизмов:

1) устойчивость к антибиотикам 2) образование органических кислот

3) способность вызывать дисбактериоз 4) способность к колонизации на поверхности зуба 5) выделение экзотоксинов

54.Значение pH зубного налета, оцениваемое как критическое, составляет:

1) 3,5-4,0 2) 5,5-5,7 3) 6,5-7,0 4) 7,0-7,5 5) 9,5- 10,0

55.Экзогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

1) покрытие зубов фторлаком

2) фторирование питьевой воды

3) фторирование молока

4) прием таблеток фторида натрия

5) фторирование соли

56. Эндогенным методом фторидпрофилактики кариеса является:

1) покрытие зубов фторлаком

2) прием таблеток фторида натрия

3) полоскания фторидсодержащими растворами

4) аппликации фторидсодержащими растворами

5) использование фторидсодержащих зубных паст

57. Основной источник поступления фторида в организм человека - это:

1) пищевые продукты 2) питьевая вода 3) воздух

4) лекарства 5) витамины

58. Оптимальная концентрация фторида в питьевой воде в районах с холод­ным климатом составляет (мг/л):

1) 0,8 2) 1.2 3) 1,0 4) 1,5 5) 2,0

59. Показанием к применению системных методов фторидпрофилактики ка­риеса является содержание фторида в питьевой воде:

1) оптимальное

2) менее половины оптимального

3) субоптимальное

4) больше оптимального

5) не имеет значения

60. Показанием к назначению системных методов фторидпрофилактики ка­риеса является уровень интенсивности кариеса у 12-летиих детей:

1) очень низкий, низкий

2) низкий, средний

3) низкий, средний, высокий

4) средний, высокий, очень высокий

5) очень низкий, средний, очень высокий

61.Одновременное применение двух эндогенных методов фторидпрофилак­тики кариеса зубов:

1) невозможно

2) возможно, если содержание фторида в питьевой воде составляет менее по­ловины оптимальной дозы

3) возможно, если содержание фторида в питьевой воде субоптимальное

4) возможно, если содержание фторида в питьевой воде оптимальное

5) возможно, если содержание фторида в питьевой воде больше оптимального

62.Применение таблеток фторида натрия для профилактики кариеса посто­янных зубов наиболее эффективно с возраста (лет):

1) 2 2) 5 3) 6 4) 10 5) 12

63. Таблетки фторида натрия детям рекомендуют применять:

1) каждый день 2) через день 3) 1 раз в неделю

4)1 раз в месяц 5)1 раз в полгод

64. Содержание фторида натрии (мг) в 1 л фторированного молока составляет:

1) 0.5 2) 1.0 3) 1.5 4) 2.5 5) 5.0

65. С целью профилактики кариеса используются полоскания растворами фторида натрия в концентрациях (%):

1) 0,01; 0,02 2) 0,02; 0,05; 0,1 3) 0,05; 0,1; 0,2

4) 0,5; 1,0; 1.5 5) 1; 2; 3

66. 0,05% раствор фторида натрия применяют для полосканий 1 раз в:

1) день 2) неделю 3) 2 недели 4) полгода 5) год

67. Для профилактики кариеса полоскания 0,1% раствором фторида натрия проводят:

1) ежедневно 2) 1 раз в неделю 3) 1 раз в 2 недели

4)1 раз в полгода 5) 1раз в год

68. Полоскания фторидсодержащими растворами с целью профилактики ка­риеса рекомендуют проводить с возраста (лет):

1) 3 2) 6 3) 10 4) 12 5) 15

69. Для профилактики кариеса полоскания 0,2% раствором фторида натрии проводят:

1) ежедневно 2)1раз в неделю 3)1 раз в 2 недели

4)1 раз б полгода 5)1 раз в год

70.При заглатывании раствора фторида натрия во время процедуры полос­кания следует выпить 1 столовую ложку раствора:

1) перекиси водорода 3% 2) глюконата кальция 10% 3) хлоргексидина 0,06%

 4) сульфата магния 10% 5) глюкозы 40%

71. 1% и 2% растворы фторида натрия с целью профилактики кариеса пред­почтительно применять в виде:

1) полосканий 2) аппликаций 3) для приема внутрь

4) электрофореза 5) ротовых ванночек

72. Покрытие зубов фторлаком с целью профилактики кариеса наиболее эф­фективно в возрастной период:

1) с 2 до 12 лет 2) с 3 до 15 лет 3) с 4 до 10 лет

4) с 6 до 12 лет 5) с 12 до 18 лет

73.Местные средства фторидпрофилактики применять в районах с содержа­нием фторида в питьевой воде более 1,5 мг/л:

1) нельзя 2) можно у детей до 12 лет

3) можно в сочетании с системными средствами

4) можно при неудовлетворительной гигиене полости рта у пациента

5) можно при высокой интенсивности кариеса у пациента

74.В районе, где содержание фторида в питьевой воде составляет менее поло­вины оптимальной дозы, наиболее эффективным методом фторидпрофи­лактики кариеса зубов у детей будет применение:

1) таблеток фторида натрия 2) фторидсодержащих растворов для полосканий

3) фторидсодержащих зубных паст 4) фторлака или фторгеля

5) 3% раствора «Ремодент»

75. В районе, где содержание фторида в питьевой воде субоптимальное, для профилактики кариеса наиболее приемлемым будет:

1) прием таблеток фторида натрия

2) употребление фторированного молока

3) употребление фторированной соли

4) чистка зубов фторидсодержащими зубными пастами

5) фторирование питьевой воды в школах

76. При применении локальных фторирующих установок в школах концен­трация фторида в воде составляет (мг/л):

1) 0.5-1 2) 3-3 3) 4-5 4) 8-10 5) 12-15

77.Причины возникновения кариеса:

1) кариесогенная флора, углеводы, низкая резистентность эмали

2) кислотоустойчивость эмали, белки, низкая резистентность эмали

3) легкоусвояемые углеводы, высокая резистентность эмали, жира

4) высокая резистентность эмали, углеводы, кариесогенная флора

5) углеводы, органические кислоты, высокая резистентность эмали

78. Местные факторы, оказывающие влияния на возникновение кариеса:

1) климатические условия

2) изменения количества и качества ротовой жидкости

3) диета и питьевая вода

4) белковые пищевые остатки в полости рта

5) наследственные и стоматологические заболевания

79.Вторичный кариес-это:

1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе

3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином.

4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина.

5) кариозный процесс в постоянных зубах.

80.Рецидив кариеса- это:

1) возобновление процесса при неполном удалении кариозного поражения

2) новые кариозные поражения, развивающиеся рядом с пломбой в ранее леченом зубе

3) средних размеров кариозная полость, заполненная пищевыми остатками, кариозным дентином.

4) обширная глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина.

5) кариозный процесс в постоянных зубах.

81. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:

1) стафилококки 2) стрептококки 3) вейлонеллы

4) лактобактерии 5) простейшие

82.Расширение периодонтальной шели в области верхушки корня (рентгено­логическая картина) характерно для:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) острого периодонтита

5) среднего кариеса

83.Очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в области вер­хушки корня соответствует рентгенологической картине:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) острого периодонтита

5) хронического гангренозного пульпита

84. Очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня с четкими контурами до 0,5 см соответствует рентгенологической картине:

1) хронического фиброзного периодонтита

2) хронического гранулематозного периодонтита

3) хронического гранулирующего периодонтита

4) кистогранулемы

5) хронического гангренозного пульпита

85. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:

1) ЭОД 2) реопародонтография 3) рентгенография

4) реоплетизмография 5) температурная проба

86. Свищевой ход является симптомом обострения:

1) фиброзного хронического периодонтита

2) гранулирующего хронического периодонтита

3) гранулематозного хронического периодонтита

4) кистогранулемы 5) радикулярной кисты

87. Консервативное лечение периодонтита может быть успешным в случае, когда:

1) канал запломбирован не полностью

2) периапикальный очаг сообщается с пародонтальным карманом

3) канал запломбирован полностью

4) зуб испытывает повышенную функциональную нагрузку

5) канал запломбирован с избыточным выведением пломбировочного мате­риала за верхушку корня

88. Электровозбудимость пульпы при остром очаговом пульпите (мкА):

1) 2-6 2) 10-12 3) 15-25 4) 30-60 5) выше 100

89. Приступы самопроизвольной боли выступают при:

1) среднем кариесе 2) остром пульпите 3) хроническом пульпите

4) остром периодонтите 5) глубоком кариесе

90. В этиологии пульпита основную роль играют:

1) фузобактерии 2) спирахеты

3) гемолитические и негемолитические стрептококки

4) лактобактерии 5) простейшие

91. Показания к госпитализации взрослых больных с острой одонтогенной инфекцией:

1) наличие сопутствующего заболевания в стадии компенсации

2) беременность

3) возраст больного

4) наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации

5) желание больного

92. Выберете из всех видов только анаэробные формы:

1) стафилококк, пептококк, кишечная палочка

2) стафилококк, бактероид, пептострептококк, вейлонелла

3) пептострептококк, вейлонелла, бактероид, бифидобактерия

4) вейлонелла, кишечная палочка, стрептококк, фузобактерия

5) пептострептококк, кишечная палочка, пневмококк

93. Выберете из всех видов микроорганизмов только аэробные формы:

1) стафилококк, пневмококк, кишечная палочка

2) стафилококк, бактероид

3) пептострептококк, вейлонелла, бактероид, бифидобактерия

4) вейлонелла, кишечная палочка, стрептококк

5) пневмококк, пептострептококк, кишечная палочка

94. Тризм – это:

1) расслабление мышц

2) клоническое сокращение мышц

3) тоническое сокращение мышц

4) чередование тонического и клонического сокращения мышц

5) чередование тонического сокращения с расслаблением мышц

95. Вирусный гепатит (virus B) может быть перенесен:

1) аэробными микроорганизмами 2) слюной

3) кровью 4) мочой

96. Наиболее благоприятная температура для размножения микроорганизмов:

1) 340С 2) 35,50 С 3) 37,200С 4) 37,70С 5) 38,20С

97. Время, необходимое бактериям для размножения:

1) 2 часа 2) 45 мин 3) 30 мин 4) 15 мин 5) 10 мин

98. Для осуществления движения бактерий самое важное:

1) жидкая среда 2) сухая поверхность

3) температура тела 4) кислородная среда

99. Бактерии, нуждающиеся в кислороде для своего роста, называются:

1) анаэробы 2) аэробы (облигатные)

3) факультативные анаэробы 4) факультативные аэробы

100. Микроорганизмы, которые не могут выживать в присутствии кислорода:

1) строгие аэробы 2) строгие анаэробы

3) факультативные аэробы 4) факультативные анаэробы

101. Полное отсутствие микроорганизмов обеспечивается:

1) антисептикой 2) асептикой 3) бактериостатикой 4) дезинфекцией

102. Туберкулезную инфекцию можно получить:

1) если пить молоко от инфекционных коров

2) контактировать с инфекционными людьми

3) вдыхать аэрозоль от чихающих

4) контактировать с инфицированными инструментами

5) верно все перечисленное

103. Факультативные аэробы:

1) нуждаются только в чистом кислороде

2) не требуют чистого кислорода

3) предпочитают существовать с чистым кислородом

4) предпочитают чистый кислород, но могут жить и без него

104. Наиболее надежно избавляет от бактерий:

1) замораживание 2) стерилизация 3) дезинфекция 4) растворение

105. По отношению к вирусу гепатита справедливы утверждения:

1) вирус может передаваться аэрозолью слюны

2) вирусы довольно устойчивы по отношению к дезинфекционным препаратам

3) что, даже малые количества инфицируемого материала способны заразить

4) вирус довольно устойчив по отношению к температуре

5) все выше сказанное справедливо

106. Наиболее устойчивы к кипячению при 1000С в течение 10 мин:

1) туберкулезные бациллы 2) протей 3) вирус гепатита

4) стафилококк 5) гонококк

107. В гнойничковом отделяемом не содержится:

1) лейкоцитов 2) бактерий 3) полисахаридов 4) лимфы

108. Самым первым барьером, защищающим тело человека от инфекции, является:

1) кислота желудочно-кишечного тракта 2) кожа

3) лимфатическая система 4) антитела

109. У носителя вирусного гепатита может быть обнаружен вирус:

1) в кале 2) в слюне 3) в крови

4) в слюне и крови 5) во всем перечисленном

110. Специфическим лимфоаденитом называется лимфаденит, вызванный:

1) стафилококками

2) микобактериями туберкулеза

3) кишечной палочкой

4) стрептококками в сочетании со стафилококками

5) анаэробной флорой

111.Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва
4. гематома мягких тканей
5. тромбоз синусов головного мозга

112.Причиной развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы

1. зубов нижней челюсти
2. зубов верхней челюсти
3. лимфоузлов щечной области
4. лимфоузлов околоушной области

113.При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:

1. средостение
2. субдуральное пространство
3. околоушную слюнную железу
4. крылонебное венозное сплетение
5. венозные синусы головного мозга

114.Причиной развития периостита является:

1. ушиб мягких тканей лица
2. фиброма альвеолярного отростка
3. обострение хронического верхнечелюстного синусита
4. обострение хронического периодонтита
5. перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

115.Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:

1. подвижность всех зубов на челюсти
2. воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
3. муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвиж­ность зубов
4. воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
5. слизистая оболочка гиперемирована, зубы неподвижны

116.Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти за­ключается в:

1. удалении причинного зуба
2. широкой периостотомии челюсти с двух сторон
3. периостотомии в области причинного зуба, дренировании

4) удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

5) удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

117.Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти появляются на:

1. 30-е сутки 2) 25-е сутки 3) 20-е сутк
2. 4) 14-е сутки 5) 7-е сутки

118.Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1. перелом челюсти
2. острый лимфаденит
3. снижение реактивности организма
4. наличие хронических очагов воспаления в челюсти
5. снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

119.Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти ставится на основании:

1. жалоб больного
2. опроса больного
3. клинических данных
4. клинико-рентгенологической картины
5. данных лабораторных методов исследования

120.Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:

1. секвестрэктомии
2. санации полости рта
3. антибактериальной терапии
4. периостотомии в области причинного зуба
5. антибактериальной терапии, секвестрэктомии

121.Транспортная иммобилизация накладывается на срок:

1. 3-5 дней
2. 7 дней
3. 2 недели
4. 6 недель
5. до наложения постоянной иммобилизации

122.Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

123.Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

1) периостит

2) фурункулез

3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны

5) актиномикоз

124. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) двубрюшная

2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта

4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

125. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) челюстно-подъязычная

4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

126.Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

127.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

128.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) височная

2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

129.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) наружная крыловидная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

130.Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта

2) поднимающая угол рта

3) внутренняя крыловидная

4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

131. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

1) открытый прикус

2) кровотечение из носа

3) разрыв слизистой альвеолярного отростка

4) изменение прикуса моляров со стороны перелома

5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

132.Характерный симптом при двустороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

1) открытый прикус

2) кровотечение из носа

3) разрыв слизистой альвеолярного отростка

4) изменение прикуса моляров со стороны перелома

5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

133.После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

1) ежедневно

2) ежемесячно

3) еженедельно

4) 3 раза в месяц

5) 2 раза в неделю

134.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) пародонтит

4) амилоидоз

5) парез лицевого нерва

135.Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) кровотечение

4) пиелонефрит

5) множественный кариес

136.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) шок

2) ОРВЗ

3) пародонтит

4) холецистит

5) парез лицевого нерва

137.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) коллапс

3) пародонтит

4) холецистит

5) парез лицевого нерва

138.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) травматический остеомиелит

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

139.Местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) диплопия

3) асфиксия

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

140.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) слюнные свищи

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

141.Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) потеря сознания

4) сахарный диабет

5) вторичное кровотечение

142.Вторичными ранящими снарядами в челюстно-лицевую область называются:

1) разрывные пули

2) осколки снаряда

3) стреловидные элементы

4) зоны некротических изменений костной ткани

5) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

143.Первая медицинская помощь на поле боя оказывается:

1) врачом

2) эпидемиологической службой

3) службой медицинской разведки полка

4) в порядке самопомощи и взаимопомощи

144.Задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1. накормить раненого
2. собрать анамнез
3. перенести в укрытие
4. оформить медицинскую карточку
5. временная остановка кровотечения

145.Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1. накормить раненого
2. собрать анамнез
3. перенести в укрытие
4. устранить угрозу асфиксии
5. оформить медицинскую карточку

146.Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1. накормить раненого
2. собрать анамнез
3. перенести в укрытие
4. противошоковые мероприятия
5. оформить медицинскую карточку

147.Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лице­вую область оказывают в:

1) сортировочном пункте

2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона

4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

148.Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают в:

1) сортировочном пункте

2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона

4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

149.Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1. костный шов
2. назубные шины
3. стандартные повязки
4. компрессионно-дистракционный аппарат
5. ортопедический аппарат

150.Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1. костный шов
2. назубные шины
3. импровизированные повязки
4. компрессионно-дистракционный аппарат
5. ортопедический аппарат

151.Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

152.Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1) ЭОД

2) биопсия

3) рентгенография

4) радиоизотопное исследование

5) цитологическое исследование

152.Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

1) переломе нижней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти

5) переломе костей носа

154.Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе мыщелкового отростка

5) переломе костей носа

155.Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

156.Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1) ликворея

2) кровотечение из носа

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхней челюсти

5) кровотечение из наружного слухового прохода

157.Симптомы перелома скуловой кости:

1) деформация носа, гематома

2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) уплощение скуловой области, диплопия

158.Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) симптом «ступени», диплопия

4) кровоизлияние в нижнее веко

5) кровотечение из носа, головокружение

159.Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта

160.Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) пародонтит

4) амилоидоз

5) парез лицевого нерва

161.Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) кровотечение

4) пиелонефрит

5) множественный кариес

162.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) травматический остеомиелит

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

163.Местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) диплопия

3) асфиксия

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

164.Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) асфиксия

3) слюнные свищи

4) пародонтит

5) нижняя макрогнатия

165.Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ

2) пародонтит

3) потеря сознания

4) сахарный диабет

5) вторичное кровотечение

166.Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение:

1) первого часа

2) 8-12 часов

3) 24 часов

4) 48 часов

5) 72 часов

167.Объем медицинских мероприятий в очаге поражения при ожогах челюстно-лицевой области:

1) первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) исправление повязки, применение обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

168.Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

169. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

170.Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

171. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей при вдыхани жидкого раневого содержимого или рвотных масс:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

172.Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

173.Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) восстановление анатомического положения органа

5) прошивание языка

174.Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) восстановление анатомического положения органа

5) расстегнуть одежду

175.Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) вывести и закрепить язык булавкой

5) расстегнуть одежд

176.Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается в:

1) трахеотомии

2) введении воздуховода

3) удалении инородного тела

4) восстановлении анатомического положения органа

5) очистке полости рта, придании раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание

177.Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

178.Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта осуществляют:

1) введение воздуховода

2) наложение трахеостомы

3) наложение бимаксиллярных шин

4) прошивание и выведение языка

5) взятие тканей на держалки

179.Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении:

1) горизонтально

2) под углом к средней линии

3) вертикально по средней линии

4) спереди назад слева

5) сзади наперед справа

180.Для профилактики асфиксии язык прошивается:

1) у корня

2) в передней трети

3) по средней линии

4) на границе задней и средней трети

5) в задней трети

181.Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1) гиперсаливация

2) частичная адентия

3) массивные зубные отложения

4) хроническая травма слизистой оболочки

5) заболевания желудочно-кишечного тракта

182.Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1) гиперсаливация

2) частичная адентия

3) предраковые заболевания

4) массивные зубные отложения

5) заболевания желудочно-кишечного тракта

183.При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:

1) районному онкологу

2) специалисту-радиологу

3) участковому терапевту

4) хирургу общего профиля

5) хирургу-стоматологу

184.Больной с диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» должен быть направлен к:

1) районному онкологу

2) специалисту-радиологу

3) участковому терапевту

4) хирургу общего профиля

5) хирургу-стоматологу

185.К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

1) физикальный

2) биохимический

3) цитологический

4) иммунологический

5) биометрический

186.К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

1) физикальный

2) биохимический

3) гистологический

4) биометрический

5) иммунологический

187.Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) ранних симптомов заболевания

2) препаратов для лечения

3) профессиональных вредностей

4) допустимых доз лучевой терапии

5) расположения онкологических служб

188.Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) профессиональных вредностей

2) допустимых доз лучевой терапии

3) поздних симптомов злокачественных новообразований

4) препаратов для лечения злокачественных новообразований

5) расположения онкологических служб

189.Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) профессиональных вредностей

2) препаратов для лечения опухолей

3) допустимых доз лучевой терапии

4) специальных методов обследования, ранней диагностики

5) системы организации помощи онкологическим больным

190.Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании:

1) жалоб больного

2) размеров опухоли

3) жалоб больного, размеров опухоли

4) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов

5) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

191.К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1) химиотерапию

2) лучевую терапию

3) иссечение опухоли

4) комбинированное лечение

5) симптоматическую терапию

192.К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1) химиотерапию

2) криодеструкцию

3) лучевую терапию

4) комбинированное лечение

5) симптоматическую терапию

193. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1) химиотерапию

2) СВЧ-гипертермию

3) лучевую терапию

4) комбинированное лечение

5) симптоматическую терапию

194.Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:

1) TNM

2) клиническая

3) пятибалльная

4) онкологического центра

5) гистологическая

195.В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костных развивается:

1)кератокиста

1. радикулярная киста
2. фолликулярная киста
3. назоальвеолярная киста
4. киста резцового канала

196.Этиологическим фактором возникновения предрака является:

1. вторичная адентия
2. острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
3. хроническая травма слизистой оболочки полости рта
4. острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
5. специфические воспалительные процессы

197.Этиологическим фактором возникновения предрака является:

1. вторичная адентия
2. профессиональные вредности
3. острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
4. острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
5. специфические воспалительные процессы

198. Этиологическим фактором возникновения предрака является:

1. вредные привычки
2. вторичная адентия
3. острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
4. острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
5. специфические воспалительные процессы

199. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

1. рожистое воспаление
2. термический и химические ожоги
3. бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
4. болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
5. эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

200.К предраковым заболевания красной каймы губ относятся:

1. рожистое воспаление
2. термический и химические ожоги
3. бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, xейлит Манганотти
4. болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
5. эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

201.Основным методом лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является:

1. физиотерапия
2. химиотерапия
3. хирургический
4. лучевая терапия
5. комбинированный метод

202.Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:

1. томография
2. клиническое
3. цитологическое
4. ультразвуковое
5. Рентгенологическое

203.Метод дополнительного исследования при постановке окончательного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:

1. биопсия
2. томография
3. клиническое
4. ультразвуковое
5. Рентгенологическое

204.Основным методом лечения рака нижней губы является:

1. физиотерапия
2. химиотерапия
3. хирургический
4. лучевая терапия
5. комбинированный метод

205.Основным методом лечения рака нижней челюсти является:

1. химиотерапия
2. лучевая терапия
3. операция Крайля
4. комбинированное лечение

5) половинная резекция челюсти

206. Рак слизистой оболочки полости рта наиболее часто поражает:

1) твердое небо

2) спинку и кончик языка

3) дно полости рта

4) боковые отделы средней и задней третей языка

5) ответы 2+3

207. Признаки озлокачествления опухоли

1) гиперемия кожи

2) появление болей

3) уменьшение подвижности

4) плотная консистенция (пальпаторно)

5) ответы 2+3+4

208. Тактика врача при факультативном предраке:

1) диспансерное наблюдение

2) устранение причины и наблюдение за больным

3) биопсия

4) иссечение пораженного участка ткани и гистологическое исследование патологического субстрата

209. Тактика врача при облигатном предраке губы:

1) наблюдение за больным

2) иссечение пораженной ткани с одномоментным замещением изъяна

3) иссечение пораженной ткани и гистологическое исследование субстрата

4) биопсия

5) аппликация нейтральным кремом и последующее решение вопроса в зависимости от полученного результата наблюдения.

210. При лечении рака челюстно-лицевой локализации наилучшие результаты дает:

1) криодеструкция

2) лучевая терапия

3) химиотерапия

4) комбинированное лечение

5) хирургическое лечение

211. Вредная привычка прокладывания языка между зубами может привести к:

1) расширению зубных рядов 2) сужению зубных рядов

3) резцовой дизоккюзии 4) неполному прорезыванию зубов

5) возникновению диастемы

212. Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:

1) гипоплазия эмали 2) флюороз 3) ранее удаление временных зубов

4) гингивит 5) средний кариес

213. С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску-пустышку детям старше:

1) 6 месяцев 2)1 год 3)2 лет 4) 3 лет 5) 5 лет

214. Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья –это:

1) стоматологическое просвещение

2) анкетирования населения

3) первичная профилактика

4) ситуационный анализ

5) профессиональная гигиена

215. Активным методом стоматологического просвещения является:

1) издания научно-популярной литературы

2) проведение выставок средств гигиены полости рта

3) занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада

4) телевизионная реклама

5) профессиональная гигиена

216. Методы стоматологического просвещения, предполагающие заинтересованное участие населения и наличие обратной связи, являются:

1) активными

2) пассивными

3) индивидуальными

4) групповыми

5) массовыми

217.Анкетирование дает возможность оценить:

1) уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) качество оказания стоматологической помощи населению

4) уровень стоматологического здоровья населения

5) качество работы фирм-производителей средств гигиены полости рта

218.К пассивным формам стоматологического просвещения относятся:

1) проведение «урока здоровья» в школе

2) беседа с пациентом на стоматологическом приеме

3) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

4) лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей дискуссией

5) телевизионная реклама

219.Объективную оценку эффективность стоматологического просвещения проводят по:

1) определению гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

220.Субъективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1) определения гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

221.Форма проведения стоматологического просвещения зависит от:

1) возраста

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) стоматологического статуса пациента

4) стоматологической заболеваемости населения региона

5) уровень стоматологической помощи населению

222.Для эффективной профилактики стоматологических заболеваний у детей необходимо проводить первый профилактический осмотр в возрасте:

1) 2 месяцев 2) 6 месяцев 3) 1 года 4) 3лет 5) 5 лет

223.На профилактический осмотр дети и взрослые должны приходить не реже:

1) 1 раз в месяц 2) 2 раза в год 3) 1 раз в год

4) 1 раз в 2 года 5) только при наличии стоматологических заболеваний

224.Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:

1) игра 2) урока 3) беседы 4) лекции 5) рекламы

225.Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

226. Телевизионная реклама средств гигиены полости рта- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

227.Целью стоматологического просвещения является:

1) изучение стоматологической заболеваемостью населения

2) выявления факторов риска возникновения стоматологических заболеваний

3) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

4) определения уровня гигиены полости рта среди разных контингентов

5) мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья

228.Практическим этапом стоматологического просвещения является:

1) знания

2) понимание

3) убеждение

4) навык

5) все перечисленное

229. Причины (этиологические факторы) развития врожденных пороков лица-это:

1) психические

2) физические

3) генетические

4) бактериологические

5) все перечисленные факторы

230. Общая частота врожденных расщелин верхней губы и неба (по России):

1) 1:1500 2) 1:1000 3) 1:750

4) 1:500 5) 1:250

231. Частота врожденных расщелин верхней губы и неба среди других пороков развития ЧЛО:

1) 50% 2) 60% 3) 70% 4) 80% 5) 90%

232. Наиболее характерные анатомические нарушения при врожденных расщелинах верхней губы:

1) изменение правильной формы лица (асимметрия)

2) недоразвитие и дефект тканей верхней губы и альвеолярного отростка в\ч

3) деформация носа

4) деформация в\ч

5) недоразвитие и дефект тканей верхней губы

233. Какой метод вскармливания новорожденных с расщелиной верхней губы и неба предпочтительнее?

1) грудью матери

2) грудью матери с применением приспособлений (обтурирующие накладки на грудь матери, клеенчатые полоски и др.)

3) из рожка через соску сцеженным материнским молоком

4) с ложечки донорским молоком, прикормами, смесями

5) сцеженным материнским молоком через соску или ложечку

234. Определите оптимальный срок проведения хейлопластики при односторонней расщелине губы:

1) до 6 месяцев

2) до 12 месяцев

3) от 12 до 18 месяцев

4) до 2-х лет

5) от 2-х до 3-х лет

235. Занятия с логопедом детей с врожденными расщелинами неба начинаются:

1) в 1 год

2) после 2-х лет

3) после уранопластики независимо от возраста ребенка

4) перед школой в 6-7 лет

5) после завершения, в основном, комплексного хирургического и ортопедического лечения

236. Оптимальные сроки оперативного вмешательства при врожденных расщелинах верхней губы:

1) в период новорожденности

2) в возрасте 2-3 месяцев

3) в возрасте 1-го года

4) в возрасте 6-8 месяцев

5) в зависимости от вида расщелины, степени деформации в\ч но не позже 12 месяцев после рождения

237. При аномалии положения уздечки языка (укорочения уздечки языка) основным показателем для оперативного лечения у ребенка 3-4 лет является:

1) затруднения при приеме пищи

2) эстетические нарушения

3) нарушения речи

4) частые респираторно-вирусные заболевания

5) все вышеперечисленное

238. К наследственным зубочелюстным аномалиям в большинстве случаев относятся:

1) вторичная частичная адентия 2) первичная адентия

3) неправильное положение зубов 4) нарушение смыкания зубов

5) ретенция зубов

239.Аномалии формы и размеров зубов выявляют при обследовании:

1) клиническом 2) ренгенологическом 3) лабораторным

4) иммунологическом 5) гистологическом

240.К концу первого года жизни у ребенка должно прорезаться зубов не меньше:

1) 4 2) 6 3) 8 4) 10 5) 12

241.В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1) кисломолочные продукты 2) зелень, овощи3)мясные консервы

4) рыбные продукты5)сыры

242.В целях профилактики кариеса у детей следует ограничить в рационе питания:

1. творог 2)яблоки 3)конфеты 4) овощи 5) мясо

243.Таблетки фторида натрия для профилактики кариеса рекомендуют давать:

1) 1 раз в неделю 2) каждый день 3) через день

4) 2 раза в неделю 5)1 раз в неделю

244. Для качественной гигиены полости рта необходимо использовать:

1. зубные щетки и пасты
2. зубные щетки, пасты и флоссы
3. зубные щетки, пасты, флоссы и ополаскиватели
4. зубные щетки, пасты, флоссы и жевательную резинку
5. зубные щетки, пасты, жевательную резинку

245. Полоскание полости рта растворами фторидов для профилактики кариеса рекомендуется детям в возрасте:

1) 2 лет 2) 4 лет 3) 6 лет 4) 8 лет 5)10 лет

246.Эндогенную профилактику кариеса временных зубов наиболее целесообразно проводить:

1. в антенатальном периоде
2. в первом полугодии жизни
3. во втором полугодии первого года жизни
4. на втором году жизни
5. на третьем году жизни

247.Гигиеническое обучение ребенка необходимо начинать:

1. в период прорезывания первых временных зубов
2. с 2-х лет
3. в 3-4 года
4. в период прорезывания первых постоянных зубов
5. у первокласников

 248.Родители должны начинать чистить детям зубы в возрасте:

1) 1 года 2) 2 лет 3) 3 лет 4) 6 лет

5) Сразу после прорезывания первого временного зуба

249.Детям в возрасте до 3 лет рекомендуется использовать для чистки зубов зубную щетку:

1) очень мягкую 2) мягкую 3) средней жесткости

4) жесткую 5) очень жесткую

250.За ежедневную чистку зубов у ребенка дошкольного возраста ответственны:

1) родители

2) стоматолог

3) гигиенист

4) педиатр

5) воспитатель детского сада

251. Зубная щетка подлежит замене в среднем 1 раз в:

1) неделю

2) месяц

3) 2 месяца

4) 6 месяцев

5) 12 месяцев

252. Детям дошкольного возраста рекомендуется использовать зубную щетку:

1) очень мягкую

2) мягкую

3) средней жесткости

4) жесткую

5) очень жесткую

253. Хранить зубную щетку в домашних условиях следует в:

 1) стакане рабочей частью вверх

 2) стакане рабочей частью вниз

 3) футляре

 4) пластиковой упаковке

 5) дезинфицирующем растворе

254.Время чистки зубов должно составлять не менее (минут):

1) 1 2) 2 3) 3 4) 5 5) 10

255.С целью профилактики зубочелюстных аномалий не рекомендуется использовать соску-пустышку детям старше:

1) 6 месяцев 2) 1 год 3) 2 лет 4) 3 лет 5) 5 лет

256.Предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения стоматологических заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья – это:

1) стоматологическое просвещение

2) анкетирования населения

3) первичная профилактика

4) ситуационный анализ

5) профессиональная гигиена

257.Активным методом стоматологического просвещения является:

1) издания научно-популярной литературы

2) проведение выставок средств гигиены полости рта

3) занятия по обучению гигиены полости рта в группе детского сада

4) телевизионная реклама

5) профессиональная гигиена

258.Методы стоматологического просвещения, предполагающие заинтересованное участие населения и наличие обратной связи, являются:

1) активными

2) пассивными

3) индивидуальными

4) групповыми

5) массовыми

259.Анкетирование дает возможность оценить:

1) уровень знаний населения о профилактике стоматологических заболеваний

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) качество оказания стоматологической помощи населению

4) уровень стоматологического здоровья населения

5) качество работы фирм-производителей средств гигиены полости рта

260.К пассивным формам стоматологического просвещения относятся:

1) проведение «урока здоровья» в школе

2) беседа с пациентом на стоматологическом приеме

3) занятия по обучению гигиене полости рта в группе детского сада

4) лекции по профилактике стоматологических заболеваний с последующей дискуссией

5) телевизионная реклама

261.Объективную оценку эффективность стоматологического просвещения проводят по:

1) определению гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

262.Субъективную оценку эффективности стоматологического просвещения проводят по:

1) определения гигиенического состояния полости рта пациента

2) результатам анкетирования населения

3) количеству стоматологических учреждений

4) количеству поставленных пломб

5) количеству и качеству рекламы средств гигиены полости рта в СМИ

263.Форма проведения стоматологического просвещения зависит от:

1) возраста

2) гигиеническое состояние полости рта пациентов

3) стоматологического статуса пациента

4) стоматологической заболеваемости населения региона

5) уровень стоматологической помощи населению

264.Для эффективной профилактики стоматологических заболеваний у детей необходимо проводить первый профилактический осмотр в возрасте:

1) 2 месяцев 2) 6 месяцев 3) 1 года 4) 3лет 5) 5 лет

265.На профилактический осмотр дети и взрослые должны приходить не реже:

1) 1 раз в месяц 2) 2 раза в год 3) 1 раз в год 4) 1 раз в 2 года

5) только при наличии стоматологических заболеваний

266.Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста должно проводиться в форме:

1) игра 2) урока 3) беседы 4) лекции 5) рекламы

267.Проведение беседы с пациентом по вопросам гигиены полости рта на стоматологическом приеме- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

268. Телевизионная реклама средств гигиены полости рта- это форма проведения стоматологического просвещения:

1) индивидуальная

2) групповая

3) массовая

4) популяционная

5) комплексная

269.Целью стоматологического просвещения является:

1) изучение стоматологической заболеваемостью населения

2) выявления факторов риска возникновения стоматологических заболеваний

3) выявление среди населения групп риска возникновения стоматологических заболеваний

4) определения уровня гигиены полости рта среди разных контингентов

5) мотивация населения к поддержанию стоматологического здоровья

270.Практическим этапом стоматологического просвещения является:

1) знания

2) понимание

3) убеждение

4) навык

5) все перечисленное

**Образец зачетного билета**

|  |
| --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИкафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургиинаправление подготовки (специальность) 32.05.01 «Медико-профилактическое дело» дисциплина «Стоматология»**зачетный БИЛЕТ №1**1. Принципы лечения и профилактики воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний и их профилактика.
2. Гигиеническое воспитание детей дошкольного возраста. Гигиеническое воспитание школьников. Санитарное просвещение родителей.
3. Клиническая задача. В клинику поступила больная, 28 лет, после автоаварии. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 21 зуба, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение голов­ного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

Вопросы:1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?
 |
| Зав. кафедрой стоматологии ичелюстно-лицевой хирургиид.м.н., профессор Декан медико-профилактического факультета д.м.н., доцент «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. МатчинЕ.А. Михайлова |

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикатор достижения компетенции  | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1. Способен осуществлять критический анализпроблемных ситуаций на основе системного подхода,вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Осуществление критического анализапроблемных ситуаций на основе системного подхода | **Знать**: сущность, содержание, принципы системного подхода как направления методологии научного познания; принципы и методы критического анализа проблемных ситуаций. | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** анализировать проблемную ситуацию, выделяя её базовые составляющие, определять и ранжировать информацию, требуемую для решения проблемной ситуации; осуществлять поиск и системный анализ информации для решения проблемной ситуации; вырабатывать стратегию действий на основе всестороннего исследования проблемы. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть:** навыками применения метода критического анализа при решении проблемных ситуаций; выработки стратегии действий на основе объективно полученной информации. | Практические задания с 1-20 |
| Инд.УК1.2. Вырабатывать стратегию действий на разрешение проблемной ситуации | **Знать**: сущность, содержание, принципы системного подхода как направления методологии научного познания; принципы и методы критического анализа проблемных ситуаций. | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** анализировать проблемную ситуацию, выделяя её базовые составляющие, определять и ранжировать информацию, требуемую для решения проблемной ситуации; осуществлять поиск и системный анализ информации для решения проблемной ситуации; вырабатывать стратегию действий на основе всестороннего исследования проблемы. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть:** навыками применения метода критического анализа при решении проблемных ситуаций; выработки стратегии действий на основе объективно полученной информации. | Практические задания с 1-20 |
| 2 | УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах егожизненного цикла | Инд.УК.2.1 реализация проектной деятельности в профессиональной сфере | **Знать:** подходы к управлению жизненным циклом проекта**,** методы оценивания успешности проекта, методологические основы управления проектом. | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** определять круг задач в рамках поставленной цели и выбирать оптимальные способы их решения, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений; формулировать проблему, решение которой связано с достижением цели проекта; корректировать способы решения задач. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть** навыком разработки и реализации проектов в профессиональной сфере на всех этапах его жизненного цикла; навыком оценки решений поставленных задач в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами контроля, при необходимости. | Практические задания с 1-20 |
| Инд.УК.2.2 управление проектом на всех этапах егожизненного цикла | **Знать:** подходы к управлению жизненным циклом проекта**,** методы оценивания успешности проекта, методологические основы управления проектом. | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** определять круг задач в рамках поставленной цели и выбирать оптимальные способы их решения, исходя из действующих правовых норм, имеющихся ресурсов и ограничений; формулировать проблему, решение которой связано с достижением цели проекта; корректировать способы решения задач. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть** навыком разработки и реализации проектов в профессиональной сфере на всех этапах его жизненного цикла; навыком оценки решений поставленных задач в зоне своей ответственности в соответствии с запланированными результатами контроля, при необходимости. | Практические задания с 1-20 |
| 3 | УК-4. Способен применять современные коммуникативныетехнологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), дляакадемического и | Инд.УК.4.1 осуществление профессиональной деятельности на основе современных коммуникативныхтехнологий, в том числе на иностранном(ых) языке(ах) | **Знать:** способы, методы и средства современных коммуникативныхтехнологии, осуществляемых с помощью интернета и телевидения; этические нормы коммуникации в профессиональной сфере; основы делового общения;факторы улучшения коммуникации в организации, коммуникационные технологии в профессиональном взаимодействии; значение коммуникации в профессиональном взаимодействии.  | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** создавать на русском и иностранном языке письменные тексты научного и официально-делового стилей речи по профессиональным вопросам; исследовать прохождение информации по управленческим коммуникациям; определять внутренние коммуникации в организации; производить редакторскую и корректорскую правку текстов научного и официально-делового стилей речи на русском и иностранном языках; анализировать систему коммуникационных связей в организации. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть:** навыкамиосуществления устной и письменной коммуникации, в том числе на иностранном языке; технологии построения эффективной коммуникации в организации;передачи профессиональной информации в информационно-телекоммуникационных сетях; использования современных средств информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности. | Практические задания с 1-20 |
| Инд.УК.4.2 осуществлять профессиональное взаимодействие на основе современных коммуникативныхтехнологиях, в том числе на иностранном(ых) языке(ах) | **Знать:** способы, методы и средства современных коммуникативныхтехнологии, осуществляемых с помощью интернета и телевидения; этические нормы коммуникации в профессиональной сфере; основы делового общения;факторы улучшения коммуникации в организации, коммуникационные технологии в профессиональном взаимодействии; значение коммуникации в профессиональном взаимодействии. | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** создавать на русском и иностранном языке письменные тексты научного и официально-делового стилей речи по профессиональным вопросам; исследовать прохождение информации по управленческим коммуникациям; определять внутренние коммуникации в организации; производить редакторскую и корректорскую правку текстов научного и официально-делового стилей речи на русском и иностранном языках; анализировать систему коммуникационных связей в организации. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть:** навыкамиосуществления устной и письменной коммуникации, в том числе на иностранном языке; технологии построения эффективной коммуникации в организации;передачи профессиональной информации в информационно-телекоммуникационных сетях; использования современных средств информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности. | Практические задания с 1-20 |
| 4 | ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные,физиологические состояния и патологические процессы ворганизме человека для решения профессиональных задач | Инд.ОПК.5.1 оценивать морфофункциональные,физиологические состояния и патологические процессы ворганизме человека | **Знать:** общие понятия этиологии, патологии, патогенеза, патологических процессов и симптомов; особенности морфофункциональных, физиологических и патологических процессов в организме человека.  | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть:** способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач. | Практические задания с 1-20 |
| Инд.ОПК.5.2 решать профессиональные задачи на основе данных, полученных из оценки морфофункциональных,физиологических состояний и патологических процессов ворганизме человека | **Знать:** общие понятия этиологии, патологии, патогенеза, патологических процессов и симптомов; особенности морфофункциональных, физиологических и патологических процессов в организме человека.  | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь:** оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть:** способностью к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач. | Практические задания с 1-20 |
| 5 | ОПК-6. Способен организовать уход за больными иоказать первую врачебную медико-санитарную помощьпри неотложных состояниях на догоспитальном этапе, вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения, а также обеспечить организациюработы и принятие профессиональных решений вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения | Инд.ОПК.6.1 организует уход за больными и оказывает первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | **Знать:** принципы оказания первой врачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе: методы остановки кровотечения, предотвращения развития асфиксии, шока, характеристику повреждений для принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения;  | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь** оказать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при развитии асфиксии, кровотечениях, шоке;  | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть** способностью организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения; способностью обеспечить организациюработы и принятие профессиональных решений вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения. | Практические задания с 1-20 |
| Инд.ОПК.6.2 обеспечивает организацию работы и принятие профессиональных решений вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | **Знать:** принципы оказания первой врачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе: методы остановки кровотечения, предотвращения развития асфиксии, шока, характеристику повреждений для принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения;  | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь** оказать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе при развитии асфиксии, кровотечениях, шоке;  | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть** способностью организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения; способностью обеспечить организациюработы и принятие профессиональных решений вусловиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагахмассового поражения. | Практические задания с 1-20 |
| 6 | ОПК-9. Способен проводить донозологическуюдиагностику заболеваний для разработкипрофилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний | Инд.ОПК.9.1 проводит донозологическуюдиагностику заболеванийИнд.ОПК.9.1 проводит донозологическуюдиагностику заболеваний | **Знать** основные теоретические положения донозологическойдиагностики заболеваний,понятия этиологии, патогенеза, морфологии, принципы классификации заболеваний.  | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь** оценивать функциональное состояние организма и его адаптационных возможностей в период отсутствия явных признаков заболевания; планировать и организовывать мероприятия профилактические мероприятия с целью повышенияуровня здоровья и предотвращения заболеваний. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть** практическим профессиональным навыком проведения донозологическойдиагностики заболеваний; навыком разработкипрофилактических мероприятий с целью повышенияуровня здоровья и предотвращения заболеваний. | Практические задания с 1-20 |
| Инд.ОПК.9.2 разрабатывает профилактические мероприятия с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний на основе данных, полученных в результате донозологической диагностики заболеваний | **Знать** основные теоретические положения донозологическойдиагностики заболеваний,понятия этиологии, патогенеза, морфологии, принципы классификации заболеваний.  | Вопросы с 1-69Тестовые задания с 1-270 |
| **Уметь** оценивать функциональное состояние организма и его адаптационных возможностей в период отсутствия явных признаков заболевания; планировать и организовывать мероприятия профилактические мероприятия с целью повышенияуровня здоровья и предотвращения заболеваний. | Практические задания с 1-20 |
| **Владеть** практическим профессиональным навыком проведения донозологическойдиагностики заболеваний; навыком разработкипрофилактических мероприятий с целью повышенияуровня здоровья и предотвращения заболеваний. | Практические задания с 1-20 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в форме тестирования

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

**Расчет дисциплинарного рейтинга по дисциплине осуществляется следующим образом:**

**Рд=Ртс+Рз,**

**Рд - дисциплинарные рейтинг**

**Рз - зачетный рейтинг**

**Ртс - текущий стандартизированный рейтинг**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического и бонусного рейтинга, обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5,0 баллов по 5-балльной системе включительно. Количество баллов является среднеарифметической оценкой за тестирование, устный ответа, решение письменных заданий, оценку практических навыков.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

**Правила перевода текущего фактического рейтинга в текущий стандартизированный рейтинг**

**Ртс = (Ртф\*70) / макс (Ртф)**

**Ртс** **- текущий стандартизированный рейтинг**

**Ртф – текущий фактический рейтинг**

**Макс (Ртф) – максимальное значение Ртф из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине (модулю)**

**Виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде | От 1 до 3 |

**4.2 Правила формирования дисциплинарного рейтинга обучающегося**

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |
| --- | --- |
| Дисциплинарный рейтинг по БРС | оценка по дисциплине (модулю) |
| Экзамен |  Зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему**

|  |  |
| --- | --- |
| Зачетный рейтинг по БРС  | оценка по дисциплине (модулю) |
| экзамен, дифференцированный зачет |  зачет |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15- 20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы**

70 и менее % - менее 15 баллов, тестирование не зачтено

71 – 80% - 15 - 20 баллов

81 – 90% - 21 - 25 баллов

91 – 100% - 26 - 30 баллов

Если значение текущего рейтинга менее 35 баллов и (или) значение зачетного рейтингов менее 15 баллов, то дисциплина считается не освоенной и по результатам зачета выставляется «не зачтено».